

MALTRACTAMENTS FÍSICS GREUS A NADONS I MENORS DE QUATRE ANYS

Núria Almirall

Maria Forns

Roser Torné

Gonzalo Curt del Prado



Generalitat de Catalunya
Departament de Benestar i Família

BIBLIOTECA DE CATALUNYA - DADES CIP

Maltractaments físics greus a nadons i menors de quatre anys

Bibliografia

ISBN 84-393-6552-7

I. Almirall, Núria II. Catalunya. Departament de Benestar i Família

1. Maltractament infantil - Catalunya 2. Maltractament infantil - Catalunya -
Prevençió 3. Infants maltractats - Serveis socials - Catalunya 4.

Maltractament infantil - Dret i legislació

364.65-053.2(467.1)

Il·lustració de la coberta: Juan Abós Almirall

© **Generalitat de Catalunya**

Departament de Benestar i Família

1^a edició: setembre de 2004

Tiratge: 2.000 exemplars

ISBN: 84-393-6552-7

Dipòsit legal: B: 22.825-04

Disseny i producció: Thau, SL

AGRAÏMENTS

El Departament de Benestar i Família vol agrair la col·laboració dels centres d'acolliment següents: Els Llimoners, CAUI, Llars Mundet, Estels, Centre d'Acolliment de Girona, Centre d'Acolliment de Tarragona i Centre d'Acolliment de Lleida.

Les persones encarregades de dur a terme l'anàlisi de les síntesis avaluatives han estat: Judit Abad, Sussagna Aisa, Núria Almirall, Anna Benítez, Caterina Calderón, Gonzalo Curt del Prado, Marta Dalmau, Maria Forns, Inés García, Noemí Pereda i Roser Torné.

PRESENTACIÓ

L'estudi que presentem en aquesta publicació se situa en el marc de l'actuació de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), del Departament de Benestar i Família, en relació amb la protecció de la infància en risc.

La finalitat prioritària consisteix a aportar elements de caire tècnic interdisciplinari per tal de facilitar la detecció precoç i la intervenció rigorosa i objectiva en els casos de maltractaments físics greus a nadons i infants menors de 4 anys.

Aquest estudi abraça un període de 8 anys i comporta un programa de coordinació entre els centres d'acolliment i els hospitalaris.

El treball que presentem és un dels primers estudis especialitzats en el camp dels maltractaments greus a la petita infància. Es recullen, de forma exhaustiva, les dades rellevants dels processos diagnòstics, que s'inicien des del primer moment de detecció de l'infant maltractat, fins a la formulació per part dels professionals dels centres d'acolliment d'una proposta d'actuació i de futur per als infants.

Les conclusions de l'estudi es complementen amb una proposta d'actuacions tècniques i administratives que facilitin als professionals la detecció i la intervenció intensiva i precoç en aquests nuclis familiars.

En aquesta línia, el Departament de Benestar i Família ha pres iniciatives adreçades a les famílies en risc, potenciant la intervenció d'equips especialitzats en els centres d'acolliment i els equips d'atenció a la infància i l'adolescència, tant pel que fa a la dotació de personal com als mitjans econòmics. El Departament ha millorat considerablement el nivell de detecció i en conseqüència ha revertit en una millora indubtable en la protecció de la infància.

Anna Simó i Castelló
Consellera de Benestar i Família

ÍNDEX

Introducció	11
<i>Núria Almirall, Maria Forns, Roser Torné i Gonzalo Curt del Prado</i>	
Els centres d'acolliment. Objectius de l'estudi	13
<i>Núria Almirall, Roser Torné i Gonzalo Curt del Prado</i>	
Els centres d'acolliment	14
Treball diagnòstic al centre d'acolliment	14
Objectius generals de l'estudi	16
Bibliografia	17
Recollida d'informació i anàlisi de les dades	19
<i>Núria Almirall, Roser Torné, Gonzalo Curt del Prado i Maria Forns</i>	
Definició dels criteris bàsics per a la selecció de la mostra	19
Plantilla de buidatge de la informació	20
Descripció del grup d'estudi	21
a) Edat dels infants	21
b) Sexe dels infants	22
Bibliografia	23
Història dels maltractaments	25
<i>Noemí Pereda i Núria Almirall</i>	
Denunciant	25
Motiu de la denúncia	26
Indicadors de maltractaments	27
a) Lesions, característiques i gravetat	27
b) Incidents durant l'ingrés hospitalari	29
c) Conducta dels pares davant dels fets: seguiment de les indicacions dels metges	29

d) Conducta de l'infant: característiques emocionals manifestades durant l'hospitalització	29
e) Canvis o indicadors de millora a l'hospital	30
Acte de comunicació dels maltractaments als pares o responsables	31
Elements que sustenten la sospita dels maltractaments: identificació d'indicadors	33
a) Presència de maltractaments previs en altres membres de la família o en el mateix infant	34
b) Història de les lesions	38
c) Presència d'alteracions de personalitat o de conducta psicopatològica en els pares del menor	38
Conclusions	39
Bibliografia	40
Maltractaments infantils: dades mèdiques. Història de les lesions i anàlisi de la gravetat	43
<i>Gonzalo Curt del Prado</i>	
Metodologia de treball	43
Dades	46
a) Pel que fa al menor	46
<i>Dades neonatals</i>	46
<i>Visites a l'hospital</i>	46
<i>Lesions a la pell, les mucoses i annexos</i>	47
<i>Lesions òssies</i>	49
<i>Lesions viscerals i alteracions analítiques</i>	50
<i>Seqüeles de les lesions viscerals</i>	51
<i>Reanimació cardiorespiratòria</i>	52
<i>Antecedents de maltractaments</i>	52
b) Respecte de les famílies biològiques	52
<i>Alteracions psiquiàtriques (alteracions en la salut mental)</i>	52
<i>Consum de tòxics en les famílies</i>	53
<i>Policonsum</i>	54
Conclusió	54
Quantificació dels maltractaments	54
Senyals d'alarma	62
Bibliografia	64
Estada dels infants maltractats als centres d'acolliment: ingrés i evolució	65
<i>Maria Forn i Núria Almirall</i>	
Observacions dels tècnics i els professionals dels centres	65
Aspecte físic: pes	67
Interacció amb l'adult: hàbits i cura personal	70
a) Indicadors de normalitat i dificultats a l'entrada als centres d'acolliment	71
b) Indicadors de recuperació	74
Desenvolupament cognoscitiu, psicomotor i lingüístic	76
a) Indicadors de normalitat o dificultats a l'ingrés al centre	77
b) Indicadors de recuperació al cap d'un temps d'estada al centre	81

Comportament i resposta emocional	82
a) Conductes internalitzades a l'entrada al centre d'acolliment	82
b) Conductes externalitzades a l'entrada al centre	85
c) Canvi en les conductes internalitzades al llarg de l'estada als centres d'acolliment	85
d) Canvi en les conductes externalitzades al llarg de l'estada als centres d'acolliment	88
Bibliografia	90
Història de les famílies dels infants de 0 a 4 anys maltractats greument	93
<i>Roser Torné, Judit Abad i Caterina Calderón</i>	
Situació prenatal i perinatal dels infants maltractats de 0 a 4 anys	93
a) Situació prenatal	93
<i>Control de l'embaràs</i>	94
<i>Maltractaments prenats</i>	95
b) Situació perinatal	96
Antecedents socioculturals i econòmics dels progenitors	97
a) Nivell educatiu	98
b) Situació laboral i econòmica	98
c) Habitatge i estabilitat en el lloc de residència	99
Família nuclear	100
a) Relació de parella	101
b) Temps de relació de la parella	101
c) Tipus de relació de la parella (en referència amb l'última relació)	101
d) Edat dels progenitors en el moment de la identificació dels maltractaments	103
<i>Edat de la mare i concepció</i>	104
e) Composició del nucli familiar	106
<i>Nucli de convivència</i>	106
Adaptació psicològica	108
a) Adaptació personal de la mare	110
b) Relació de la mare amb el seu nucli familiar d'origen	112
c) Adaptació personal del pare	116
d) Relació del pare amb el seu nucli familiar d'origen	118
e) Relació entre trastorns psicopatològics i consum de tòxics	120
f) Antecedents psiquiàtrics en família extensa	121
Percepció i actitud de les famílies dels progenitors o responsables del menor davant de la situació de maltractaments	123
a) Reconeixement de la manca de protecció infantil per part de les famílies extenses dels progenitors o dels responsables dels menors	123
b) Resposta davant dels maltractaments	125
c) Opinió de les famílies extenses maternes i paternes sobre la capacitat dels progenitors o responsables dels infants per a tenir-ne cura	125
d) Disposició de les famílies extenses a fer-se càrrec del menor	127
e) Valoració de l'equip tècnic sobre les capacitats de les famílies extenses per a tenir cura del menor i protegir-lo	128

Bibliografia	130
Aspectes jurídics dels maltractaments infantils	133
<i>Izaskun Angulo i Cinta Vizcarro</i>	
Normativa internacional	133
Normativa estatal	134
Tractament dels maltractaments des del dret civil	135
Tractament dels maltractaments des del dret penal	139
a) La víctima	139
b) Els delictes	140
c) El procediment penal	141
d) Les penes	142
Conclusions	143
Bibliografia legislativa bàsica	144
Conclusions. Indicadors diagnòstics de risc i recomanacions	145
<i>Núria Almirall, Maria Forns, Roser Torné, Gonzalo Curt del Prado</i>	
Annex 1 Plantilla del buidatge de les síntesis avaluatives	151
Annex 2 Plantilla del qüestionari als professionals de cada centre d'acolliment	169

INTRODUCCIÓ

La creació de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, el setembre de 1988, va implicar l'establiment d'una xarxa de professionals especialitzats en la detecció, l'avaluació i la protecció de menors en greu situació de risc. Des d'aquell moment s'ha constatat, any rere any, l'aparició constant de casos molt greus de maltractaments a nadons i menors de quatre anys.

Si tot maltractament és greu, els maltractaments infligits a la petita infància ho són de forma especial, atesa la fragilitat i la vulnerabilitat de les víctimes. Els infants necessiten aliment, afecte i atenció. La detecció precoç de les irregularitats en aquesta alimentació física i psicològica és imprescindible per assegurar el creixement físic i emocional de l'infant.

Amb l'objectiu de millorar les tasques de prevenció i detecció precoç dels maltractaments infligits a infants, es va posar en marxa l'any 1990 un programa de coordinació entre els centres hospitalaris i els centres d'acolliment, que es configuraven com a centres de diagnòstic que podien garantir, en cas de necessitat, la protecció immediata dels infants maltractats.

Malgrat la col·laboració establerta i les tasques de prevenció, el degoteig constant de casos molt greus de maltractaments a nadons i nens petits ha continuat estant present. Infants polifracturats, colpejats, cremats, etc. continuen sent enviats als centres d'acolliment, des dels hospitals, en situació d'emergència vital.

Des dels centres d'acolliment, i malgrat l'evidència de la presència dels greus maltractaments patits pels menors, s'ha constatat la dificultat de l'abordatge diagnòstic d'aquests casos. Aquestes dificultats són viscudes tant pels professionals que fan l'estudi com pels altres estaments implicats: hospitals, jutjats, serveis socials d'atenció primària, etc. S'ha de tenir en compte que l'estat dels infants maltractats i la patologia dels seus nuclis familiars, determina un elevat grau d'estrès, per l'impacte emocional que provoca haver d'intervenir en situacions de tanta duresa.

Segons la bibliografia i l'experiència existent, el 60% de les morts infantils que es produeixen per maltractaments dels pares, i el 50% dels casos en què es produeixen seqüeles degudes a maltractaments, aquestes s'han produït en nens menors de dos anys. L'informe de l'*American Human Association for Pro-*

tection Children indica que la mitjana d'edat en què es produeix mortaldat infantil deguda a maltractament és de 2,8 anys. En el nostre país la mitjana se situa entorn dels 3 anys.

Davant la cruesa d'aquestes dades, i amb l'ànim de reflexionar sobre la tasca feta des de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, es va iniciar aquesta recerca, portada a terme per la DGAIA, per la Universitat de Barcelona i pels centres d'acolliment de tot Catalunya. La finalitat de l'estudi era aprofundir en l'anàlisi dels correlats (socials, demogràfics i psicològics) que apareixen en els casos tractats per la DGAIA, en tots els quals ha estat present, de forma clara, un risc de mort per a l'infant maltractat; també es pretenia reflexionar sobre la possible identificació d'indicadors de risc que permetessin la valoració dels casos.

La psicopatologia i les conductes aberrants que es produeixen en els pares que maltracten el seu fill, posa en qüestió el mite de la bondat natural de la relació entre pares-fill. Cal aprofundir sobre la realitat de les agressions físiques, moltes vegades inqüestionables, i que són inseparables de l'impacte mental i psíquic que produeixen, com també de les circumstàncies familiars i socials que les envolten.

Les qüestions inicials que es varen plantejar en proposar i iniciar aquest estudi varen ser:

- Com detectar millor, a través del reconeixement de les conductes dels infants, aquests casos tan greus de maltractament infantil?
- Com caracteritzar aquelles variables socioculturals, laborals, econòmiques i especialment les d'adaptació personal, que poden prendre el valor d'indicadors de risc?
- Quins indicadors de personalitat poden expressar elements de risc, dels pares o en la família, que hagin de ser tinguts en compte per establir mesures de protecció vers l'infant?
- En quina mesura es detecten conductes indicatives de capacitat de protecció i quina és la disposició per fer-se càrrec de l'infant maltractat, per part de les estructures familiars?
- És possible l'establiment d'una equació indicativa de la gravetat dels maltractaments rebuts?
- Com intervenir en l'àmbit terapèutic en l'infant i la seva família?

Volem expressar el nostre agraïment, en els anys d'elaboració de la recerca, al Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada pel seu suport i finançament de la recerca, com també al Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics de la Universitat de Barcelona, que l'ha fet possible. També, molt especialment, als professionals dels centres hospitalaris i a tots aquells que varen detectar i denunciar aquests casos tan greus. També a les treballadores socials de la DGAIA, Sra. Charo Montoto i Sra. Antònia Serrano, que van participar en la posada en marxa i el posterior desenvolupament del Programa de detecció hospitalària de nens maltractats, com també als caps de Servei, Sr. Ignasi Samper i Sra. Ma Pau Vidal-Folch, i als metges de la DGAIA, que li van donar suport i ho van impulsar.

I, finalment, recordem amb un especial afecte els professionals dels centres d'acolliment, els seus directors, equips tècnics i educadors, els quals han acollit, protegit i estimat aquests nens maltractats, i que, per mitjà d'un procés diagnòstic sempre dur i difícil, han vetllat per proporcionar un futur millor als infants maltractats i s'han desviscut per ells.

NÚRIA ALMIRALL, MARIA FORNS, ROSER TORNÉ I GONZALO CURT DEL PRADO

Psicòloga, excap de la Secció de Centres d'Acollida de la DGAIA.

Psicòloga, catedràtica del Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics de la Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia.

Psicòloga, cap de l'Àrea de Centres d'Acollida de la DGAIA.

Metge de la DGAIA.

ELS CENTRES D'ACOLLIMENT. OBJECTIUS DE L'ESTUDI

Tots els professionals que hem treballat en els centres d'acolliment hem constatat que, malgrat l'evidència d'uns maltractaments físics greus a nadons i nens petits, es produeix, paradoxalment, una dificultat específica en l'abordatge diagnòstic i en la «proposta de mesures» per a l'infant i per al seu nucli familiar. Aquesta dificultat es repeteix en tots els professionals dels diferents àmbits tècnics que intervenen en la presa de decisió sobre l'infant, i constatem que, fins i tot, la mateixa situació es reproduïx en l'àmbit judicial.

Malgrat l'evidència de les greus lesions físiques, i la constatació mèdica que el mecanisme de producció del dany no és fortuït, es fa palesa la necessitat de trobar una explicació accidental al fet. No es tracta de descartar els elements accidentals que hagin pogut incidir en les lesions, fet que és del tot necessari i ajustat a dret, sinó que hi ha una necessitat innata de trobar alguna explicació a allò que resulta inexplicable; hi ha una resistència a mentalitzar-se de l'horror d'una realitat inacceptable i incomprendible. Una vegada constatada la certesa, és funció del tècnic fer creïble allò increïble. Això genera greus resistències en cada persona que s'apropa al cas i, per tant, no donar crèdit als fets torna a situar l'infant en una greu situació de risc.

Resulta humanament impossible creure en l'existència d'un desig de mort cap a un fill, fins i tot per a aquells que el maltracten. Aquest desig de mort pot quedar plasmat amb cops, cremades, talls, etc. en membres vitals. La manca de credibilitat cap als maltractaments dificulta greument el diagnòstic i la presa de mesures de protecció immediata cap al nen. El mite de l'amor inqüestionable del pare i la mare cap al seu fill petit és posat en qüestió, davant aquesta realitat tan dura.

Per emmarcar la lectura d'aquesta investigació s'ha considerat necessari fer una breu exposició sobre els centres d'acolliment, com a espais institucionals, substitutius de la família, on s'han protegit, atès i diagnosticat tots els casos de la mostra objecte d'aquest estudi. També s'especifiquen els objectius generals que van guiar l'estudi que aquí es presenta.

Els centres d'acolliment

Els centres d'acolliment són institucions on ingressen aquells menors que, a causa d'una problemàtica greu, han de ser separats de la seva família. Es tracta d'un recurs que dona resposta immediata als casos en què es detecta una situació de risc greu per a la integritat física o psíquica de l'infant, i en els quals es fa necessària una intervenció d'urgència.

La funció dels centres d'acolliment és doble:

- protecció immediata del menor, davant del risc vital de supervivència,
- estudi diagnòstic multidisciplinari i en profunditat del cas, per tal de plantejar una proposta o mesura per al nen que garanteixi un futur en millors condicions, i que permeti un desenvolupament físic, psicològic i social adequat dels infants.

El centre d'acolliment té un equip tècnic integrat per psicòleg clínic, metge, assistent social, pedagog, ATS. També està configurat pel director i l'equip educatiu que atén els nens en la seva vida quotidiana. Aquest equip actua com a figura referencial d'afecte durant el període de temps en què l'infant estarà separat del medi familiar.

La curta edat dels infants acollits en els centres fa imprescindible planificar i protocolitzar amb agilitat l'estudi diagnòstic per a poder delimitar clarament el risc dels infants i formular una acurada proposta de futur en el termini més curt possible.

En els centres d'acolliment s'ajunten dos processos prioritaris. D'una part cal destacar el procés de diagnòstic clínic i el procés d'observació del menor efectuat pels educadors, mitjançant protocols sistematitzats. D'altra part cal destacar que la intervenció finalitza amb una proposta de mesures per al menor. La síntesi avaluativa deixa constància de la informació bàsica sobre el cas.

El tipus de proposta de mesures depèn tant de la gravetat del cas com de les possibilitats de recuperació del nucli familiar. Poden ser:

- retorn a la família, en els casos més favorables,
- acolliment del menor en família extensa,
- trasllat temporal a un altre centre,
- acolliment del menor en família aliena,
- en els casos més greus es pot arribar a la proposta d'adopció del menor.

Treball diagnòstic al centre d'acolliment

El treball diagnòstic s'efectua interdisciplinàriament, amb la participació de tots els professionals implicats, en sessions d'anàlisi grupal i segons el procés que s'explicita a continuació:

Seqüència del procés diagnòstic als centres d'acolliment

1. Recollida d'informació inicial del cas:

La informació és obtinguda generalment a partir de les institucions que s'expressen a continuació; amb tot, la llista no és exhaustiva, i es pot requerir informació a aquelles institucions que en cada cas es jutgi pertinent.

- Hospitals
- SSAP (serveis socials d'atenció primària)
- EAIA (equips d'atenció a la infància i l'adolescència en risc)
- Jutjats
- Fiscalia
- Forces de seguretat, etc.

2. Dossier d'ingrés:

Inclou els registres d'observació inicial que s'han dut a terme sobre la conducta del nen al centre d'acolliment.

3. Primera reunió interdisciplinària del cas

Inclou:

- Primera anàlisi de la informació a escala global
- Primeres hipòtesis
- Pla de treball individualitzat

4. Exploració diagnòstica

L'exploració és feta per cadascun dels tècnics, segons els nivells d'intervenció específics amb el menor i la seva família.

Per als educadors es disposa d'un protocol d'observació sistemàtica del menor elaborat a partir dels registres d'avaluació clínica del desenvolupament [proves de Bayley (1969, 1993), Brunet-Lezine (1978), Gessel i Amatruda (1976), Guia Portage (Bluma *et al.* 1978)].

5. Segona reunió interdisciplinària del cas

Comprèn:

- Intercanvi d'informació en comú i valoració de les informacions de cada professional, recollides després de la seva exploració clínica.
- Anàlisi interdisciplinària. Valoració de les àrees preservades i deficitàries. Decisió del contingut i context d'intervenció futura. Tot això queda palès en el pla de treball individualitzat per al nen i la família.
- En casos de patologia específica, els infants són derivats als especialistes pertinents: neuròleg, centres d'estimulació precoç, etc.

6. Tercera reunió interdisciplinària del cas

Implica la valoració i la proposta de mesures per al menor.

La **Síntesi avaluativa** (document base sobre el qual s'ha efectuat la investigació que aquí es presenta) consta d'un conjunt de documents oficials que deixen constància dels aspectes següents:

- visió diagnòstica global del cas
- diagnòstic específic de cada tècnic
- informe d'observació del tutor
- propostes específiques de cada disciplina
- propostes de mesura global: tècniques i administratives.

Les síntesis avaluatives són els documents que es lliuren als jutjats en els casos de litigi. Contenen la informació que al llarg de totes les sessions d'avaluació s'ha considerat pertinent per a entendre el cas i poder prendre mesures terapèutiques, educatives i judicials.

Hem constatat que, com més greu és el cas, més radical és l'oposició dels pares a la posició protectora de l'Administració vers el menor; és a dir, sovint hi ha oposició a la mesura de tutela i l'ingrés de l'infant al centre d'acolliment per a l'estudi diagnòstic. Per tant, la majoria dels casos acaben essent judicialitzats, per oposició de la família biològica.

Atesa la gravetat de les lesions, en la majoria dels casos s'inicia un procés penal. Per aquest motiu totes les síntesis avaluatives porten com a documentació annexa tots els informes externs, procedents de l'hospital, l'escola, la policia, etc. que puguin ser necessaris en l'acte judicial.

La durada de l'estudi varia segons la complexitat del cas, el grau de col·laboració de la família i els processos defensius que es poden desvetllar en tots els professionals implicats.

Objectius generals de l'estudi

Mitjançant l'anàlisi de la informació registrada a les síntesis avaluatives, s'intenta:

1. Detectar els factors de risc que intervenen en aquests casos i el seu pes amb relació als maltractaments, tant en el nucli familiar (pares i família extensa), com en la realitat del menor (edat, estat de salut, seqüeles físiques i psíquiques), amb especial atenció als vincles i l'aspecte relacional família-menor.
2. Delimitar quines dades tenen un pes específic en aquests casos de maltractament i que, per tant, han de ser objecte d'atenció preferent i sistemàtica en aquests processos de diagnòstic. En molts casos els professionals no tenen en la ment que darrere una simptomatologia determinada, com ara: petits senyals físics repetits, conductes d'inhibició i tristesa, depressió, estancament del procés de creixement, etc., hi pot haver un maltractament continuat.
3. Comprovar si la informació rellevant entorn del cas és tractada per alguns estaments professionals de forma diferencial, o en quina mesura apareix consistència en la informació i el tractament del cas.
4. Identificar les circumstàncies que han contribuït a l'encobriment o la delació del maltractament.
5. Identificar les variables o els incidents que van dificultar la presa de decisions, i també aquells que van allargar la resolució del cas.
6. Revisar la situació actual dels menors amb relació a les propostes efectuades.
7. Arribar a introduir, dins del procés diagnòstic, indicadors rellevants posats en evidència per a aquesta recerca.

Bibliografia

- Bayley, N. *Manual for the Bayley scales of infant development*. New York: Psychological Corporation, 1969.
- Bayley, N. *Bayley scale 2*. New York: Psychological Corporation, 1993.
- Bluma, S. M.; Sherarer, A. H.; Frohman, A. H.; Hiliand, J. M. *Guía Portage de Educación Pre-escolar*. Madrid: Mepsa, 1978.
- Brunet, V.; Lézine, I. *El desarrollo psicomotor de la primera infancia*. Madrid: Pablo del Rio, 1978.
- Gessel, A.; Amatruda, C. S. *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. Buenos Aires: Paidós, 1976.

RECOLLIDA D'INFORMACIÓ I ANÀLISI DE LES DADES

En aquest capítol es presenta la informació bàsica relativa a la forma de treball. En primer lloc s'exposen els criteris que varen ser emprats per definir les condicions bàsiques dels integrants de la mostra. Seguidament es comenta la forma d'organització de les dades contingudes en les síntesis avaluatives (buidatge de síntesis i qüestionaris d'autoavaluació) i finalment es presenta la descripció del grup d'estudi.

Definició dels criteris bàsics per a la selecció de la mostra

El primer pas per a l'inici de la recerca va ser la definició dels criteris que havien de permetre la selecció dels infants a incloure en l'estudi. Com que el motiu de l'estudi era el **maltractament físic greu a nadons i infants menors de quatre anys**, es varen fixar els criteris bàsics per a ser inclosos en la mostra. La mateixa Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), va fixar els criteris bàsics i va fer la recerca dels dossiers (o síntesis avaluatives) sobre els quals es va decidir treballar. Aquests criteris s'expressen en el quadre adjunt.

Criteris bàsics per a la inclusió en la mostra de nens de 0 a 4 anys greument maltractats

- Menors tutelats per la DGAIA i ingressats en els centres d'acolliment de tot Catalunya, per maltractament físic greu.
- El maltractament físic greu era especificat per la presència de:
 - Fractures òssies
 - Cremades de 2n i 3r grau (incloent-hi les de cigarretes)
 - Hematomes múltiples (mínim de 3 hematomes de més d'un cm²)
 - Altres lesions cutànies: plaques d'alopecia d'origen traumàtic, mossegades, equimosi de parpelles i conjuntiva)
 - Intoxicacions per drogues o fàrmacs.
- Edat compresa entre els 0 i els 4 anys, en el moment de l'ingrés en el centre d'acolliment.
- Menors ingressats en el període temporal comprès entre les dates següents: 1/01/1991 i 31/12/1998.

Plantilla de buidatge de la informació

La plantilla de buidatge de dades (vegeu l'annex I) va ser elaborada amb la finalitat explícita de la recerca i va ser emprada per a fer l'anàlisi de casos (Almirall, Torné, Curt del Prado, Forns, Abad, Calderón, Benítez i García, 1999). Les síntesis avaluatives de cada cas han estat detingudament llegides i analitzades, i la informació ha estat sistematitzada, i s'ha ubicat en els punts explícits de la plantilla de buidatge. L'objectiu d'aquesta forma de recodificació i reclassificació és destriar i organitzar les dades, identificant el moment temporal a què corresponen, i l'objectivitat de la descripció dels fets.

En efecte, els dossiers contenen multiplicitat d'informes elaborats i dirigits per diversos professionals. Són elaborats, per tant, amb diferent intencionalitat i comprenen moments temporals diferents. Sovint, quan cal el requeriment de redacció d'un informe, junt amb la informació actualitzada, s'empra la informació anterior (feta per un altre informant) a fi d'aclarir, il·lustrar, o simplement sintetitzar les variables més rellevants del cas. Això fa que, sovint, les dades es repeteixin, puguin semblar contradictòries, o que s'inclouin en diferents informes de forma incompleta o parcial. Així, doncs, era del tot imprescindible la tasca d'organització i reclassificació de la informació, la qual pretén vincular cada dada al seu contingut o marc situacional bàsic, evitant prendre en consideració dades que són reiteratives o que poden induir a interpretacions imprecises, per les raons esmentades abans.

La pauta de buidatge pretén, a més, unificar la informació d'un cas amb l'altre, per a possibilitar el contrast de dades i per a posar en relleu les mancances informatives segons la naturalesa dels casos. La gran diferència dels problemes específics de cadascun dels casos fa que aquesta tasca no sigui gens fàcil.

Per assegurar la precisió de la informació, la plantilla de cada síntesi ha estat buidada per dos psicòlegs del mateix equip de recerca i ambdós buidatges eren contrastats per un tercer membre de l'equip a fi d'aconseguir la màxima concordança de dades. En cas de conflicte quant a la classificació es procedia a un comentari conjunt dels psicòlegs que havien fet el buidatge i acordaven la classificació de les dades.

A fi de contrastar la informació i l'objectivitat de les dades des d'una perspectiva temporal, es va planificar l'aplicació d'un qüestionari als professionals que van tenir contacte directe amb el cas. Aquesta entrevista oral pretenia complementar la informació de les síntesis avaluatives i ressaltar els elements que al llarg del temps havien deixat major **impacte** en els professionals que varen tractar el cas. L'entrevista s'havia de fer recurrent als directors dels centres d'acollida, als membres de l'equip tècnic o als tutors dels menors (vegeu l'enquesta en l'annex II).

Amb relació a aquest darrer fet, cal esmentar una reorientació d'aquest objectiu. Les raons són les següents: es va constatar que els equips no eren gaire estables al llarg del temps i que la recerca dels professionals que havien interactuat amb els infants es feia difícil, o impossible en molts casos. D'altra banda, l'entrevista als membres de l'equip, en sessió conjunta¹ (director del centre, assistent social, psicòleg, educador, etc.), s'allargava excessivament, consumint un temps que els professionals consideraven que actuava en detriment de l'eficàcia de les seves tasques quotidianes. Era també difícil aconseguir que en un mateix dia es poguessin traslladar al centre tots els professionals implicats en el cas per

1. Aquesta sessió conjunta era la forma sol·licitada pels directors dels centres d'acolliment, els quals afirmaven que si les sessions de diagnòstic clínic i les síntesis avaluatives eren consensuades per l'equip també era lògic que ho fos la revivència del cas.

a dur a terme la reunió. A aquestes dificultats d'organització s'ajuntava una dificultat conceptual, per la qual es veia innecessari retornar a casos resoltos. Els centres d'acolliment van demanar agilitzar aquest contacte i finalment es va procedir a una transformació del protocol d'entrevista oral en un **protocol d'informe escrit** que havia de ser emplenat pels professionals implicats en cada cas. No obstant això, aquesta part de la recerca ha resultat frustrada per les dificultats de localització dels professionals que havien col·laborat en la resolució del cas.

Descripció del grup d'estudi

El grup d'estudi es troba format per 41 menors d'entre 0 i 4 anys, tutelats per la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Tal com ja s'ha indicat, aquesta mostra va ser seleccionada d'acord amb criteris principals d'edat, presència de maltractaments físics greus, que van suposar l'hospitalització en la gran majoria dels casos, i també la retirada del menor del seu nucli familiar com a mesura protectora inicial.

En l'estudi s'ha limitat el **maltractament físic greu** a aquelles accions intencionades comeses per algun dels subjectes amb els quals habitualment conviu el menor, que li han causat, ja fos per comissió o omissió, danys físics o malalties que han amenaçat o interferit el seu desenvolupament físic, psíquic o social, de manera que és necessari l'ingrés hospitalari i la separació del nucli familiar.

a) Edat dels infants

Respecte a l'edat dels nens maltractats en l'estudi, destaca que la majoria d'ells solen tenir menys de dos anys quan es detecten els maltractaments,² tal com s'observa a la taula.

Edat del menor en detectar-se els maltractaments

	FREQÜÈNCIA	PERCENTATGE	PERCENTATGE ACUMULAT
0-12 mesos	15	36,6	36,6
13-24 mesos	10	24,4	61,0
25-36 mesos	7	17,1	78,1
37-48 mesos	5	12,2	90,3
49-60 mesos	4	9,7	100,0
Total	41	100,0	

El fet que el més alt percentatge d'infants greument maltractats es detecti entre els 0 i els 12 mesos, es troba en línia amb les recerques d'altres autors, que mostren que la major incidència de maltractaments es troba en nens menors de cinc anys, de manera que decreixen les taxes de maltractaments amb l'edat del nen (Ammerman, 1990; Arruabarrena i de Paúl, 1994; Inglés, 1991; Belsky, 1980; Simón, López i Linaza, 2000).

2. La data de detecció ha estat considerada el moment en el qual es presenta la denúncia de possibles maltractaments.

Segons la literatura, aquesta alta prevalença de maltractaments en els infants més joves pot ser deguda a la seva elevada dependència física i psíquica dels adults, i també als llargs períodes de temps que passen junts. Sembla haver-hi, a més, més tendència a utilitzar més la força física que el raonament, amb infants d'aquestes edats. D'altra banda, les dificultats que els nens més joves presenten per regular les seves emocions també poden augmentar les possibilitats de provocar la irritació i la pèrdua de control dels pares (Arruabarrena i de Paúl, 1994).

Segons el darrer estudi publicat a Catalunya sobre els diversos tipus de maltractaments infantils (maltractaments i negligència físics, maltractaments i negligència emocionals, abús sexual, etc.), els menors de quatre anys representen una mostra reduïda (4,9%, a Inglés, Farràs, Rafel, i Sendra, 2000) del total de nens maltractats catalans (18,04%, a Inglés *et al.* 2000).

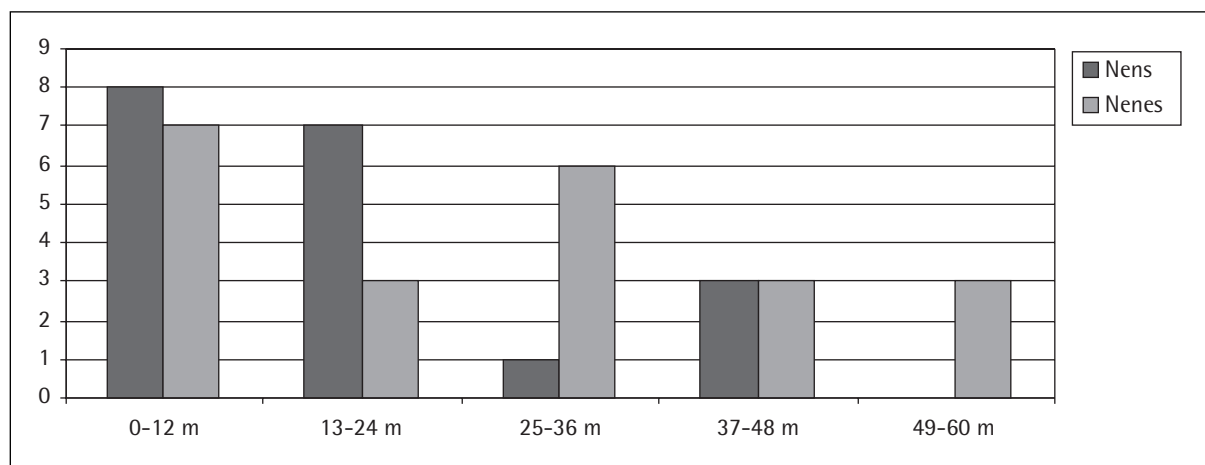
Des que es van establir, l'any 1990, els protocols de coordinació amb els centres hospitalaris, s'ha produït un augment important de la detecció de casos de maltractaments molt greus en nadons i nens petits (DGAI, 1999 i 2000). L'intercanvi d'indicadors de risc i de criteris d'intervenció que s'ha produït entre la DGAI i els diferents equips professionals dels centres hospitalaris permet una millor i més ràpida detecció i intervenció a favor dels infants maltractats.

b) Sexe dels infants

Amb relació al sexe dels menors, cal comentar una superioritat molt lleugera de nenes maltractades (51,2%) en comparació amb els nens (48,8%), que no pren valor significatiu. Aquest equilibri entre les proporcions d'ambdós grups es contradiu amb allò àmpliament ratificat en la literatura sobre el tema (Gómez de Terreros, 1997; Wolfe i McEachran, 1997; Inglés *et al.*, 2000), ja que generalment es troba una major incidència de maltractaments en nens que en nenes, amb l'única excepció de l'abús sexual infantil, amb gran majoria de víctimes nenes, no obstant això, aquesta tipologia no ha estat considerada en l'estudi.

Alhora, la distribució de la variable sexe en la població general catalana és contrària als resultats de l'estudi, amb un 51,04% de nens i un 48,96% de nenes menors de 18 anys, tot i ser una diferència mínima. Centrant-nos en les edats que recull l'estudi, també es troba una distribució majoritària en la població catalana de nens menors de quatre anys en comparació amb les nenes de la mateixa edat (aproximadament un 51,3% *versus* un 48,7%), segons indica la tendència obtinguda amb les dades de l'Institut Nacional d'Estadística de l'any 1998 al 2000.

No obstant això, hem de mencionar que en interpretar aquesta dada, oposada a allò que estableix la literatura sobre el tema i a la distribució normal, ha de tenir-se en compte la limitació de la grandària mostral de l'estudi, i sobretot, les seves característiques específiques (infants greument maltractats en edat preescolar).

Grups d'edat i sexe dels nens de la mostra


Així, doncs, la mostra sobre la qual es treballarà en el capítols següents comprèn un total de 41 infants d'entre 0 i 4 anys; un 61% del total de la mostra pertany a edats inferiors als 24 mesos. Hi ha un cert equilibri entre la representació de nenes (51,2%) i de nens (48,8%), si bé aquest equilibri de la mostra total no es presenta de forma equivalent en les diverses edats. Entre els maltractats menors de 24 mesos hi ha preferentment el sexe masculí (15 nens: 10 nenes); entre els infants maltractats d'entre 25 i 60 mesos hi ha preferentment el sexe femení (4 nens: 12 nenes).

Bibliografia

- Almirall, N.; Torné, R.; Curt, G.; Forn, M.; Abad, J.; Calderón, C.; Benítez, A.; García, I. *Maltractaments físics greus a nadons i menors de quatre anys. Memòria de progrés*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, 1999.
- Ammerman, R. T. Etiological models of child maltreatment, a behavioral perspective. *Behavior Modification*, 14 (3), 1990. P. 230-254.
- Arruabarrena, M. I.; De Paül, J. *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide, 1994.
- Belsky, J. Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 1980. P. 320-335.
- Generalitat de Catalunya. Sindic de Greuges. *Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors a la demarcació de Barcelona*. Barcelona, 1999.
- Generalitat de Catalunya. Sindic de Greuges. *Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors a la demarcació de Tarragona*. Tarragona, 1999.
- Generalitat de Catalunya. Sindic de Greuges. *Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors a la demarcació de Girona*. Girona, 2000.
- Generalitat de Catalunya. Sindic de Greuges. *Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors a la demarcació de Lleida*. Lleida, 2000.
- Gómez de Terreros, I. *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Granada: Ed. Comares, 1997.
- Inglés, A.; Farràs, J.; Rafel, R.; Sendra, R. *El maltractament d'infants a Catalunya. Quants, Com. Per què*. Barcelona: Departament de Justícia, 2000.

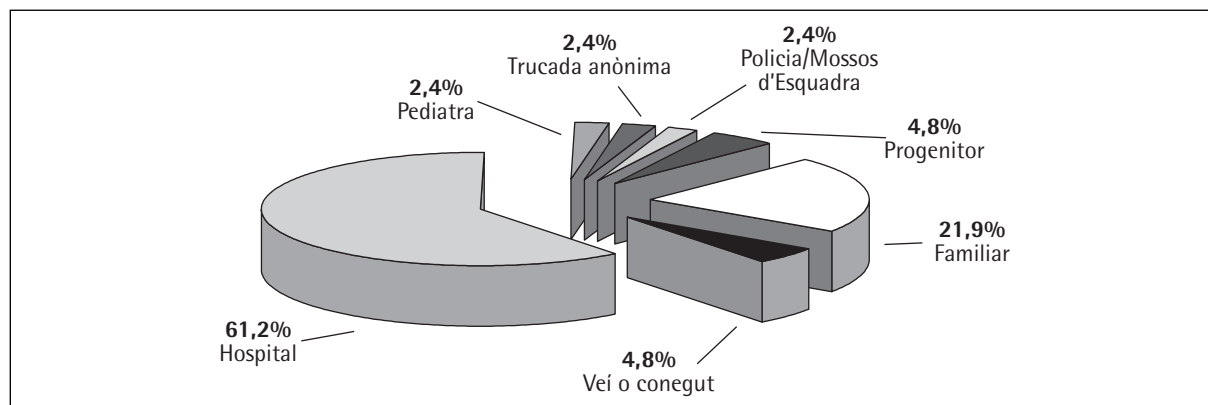
- Inglés, I. *Els maltractaments infantils a Catalunya. Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals de la sanitat*. Barcelona: Departament de Benestar Social, 1991.
- Simón Rueda, C.; López Taboada, J. L.; Linaza Iglesias, J. L. *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas, 2000.
- Wolfe, D. A.; McEachran, A. Child physical abuse and neglect. A E. J. Mash i L.G. Terdal (ed.), *Assessment of childhood disorders* (cap. 11, 3a ed.) New York: The Guilford Press, 1997.

HISTÒRIA DELS MALTRACTAMENTS

Denunciant

En la gran majoria dels casos (61,2%) la denúncia és interposada pel personal hospitalari, i es detecta en fer l'exploració dels infants ingressats, els quals ingressen per motius aliens als maltractaments. En segon lloc, la denúncia és interposada per un familiar del menor (21,9%). En alguns casos l'agent de la denúncia és un veí o conegut de la família, i en altres és el mateix progenitor (la mare), qui lliura el menor a les autoritats pertinents afirmant no poder tenir cura d'ell (4,8% en ambdós casos). Finalment, es troben també casos denunciats per un pediatra privat, una trucada anònima i la Policia/Mossos d'Esquadra (tots tres en un 2,4% dels casos).

Denunciant del maltractament



Els resultats obtinguts mostren que encara és necessària una major sensibilitat social respecte als maltractaments infantils. Com pot observar-se, els casos d'estudi van ser majoritàriament detectats per un hospital, i aquests casos eren formes greus de maltractaments, la qual cosa ens permet inferir que algú (un familiar, un conegut) probablement en va tenir coneixement abans que aquests arribessin a l'hospital.

No obstant això, és una dada esperançadora el fet que els hospitals cada vegada es trobin més formats i no temin interposar denúncia davant casos de maltractaments infantils, comptant amb un protocol d'actuació per a aquestes situacions a cada província catalana des de l'any 1999 (Barcelona i Tarragona, 1999; Lleida i Girona, 2000). Aquest protocol va ser elaborat com a punt final de l'establiment d'un circuit de coordinació entre la DGAM i els centres hospitalaris, establert l'any 1989-1990 i recollit en *El llibre d'en Pau* (1996) de la conselleria de Sanitat.

També és important el fet que els familiars del menor, en un 21,9%, sentin la responsabilitat de denunciar membres de la pròpia família quan detecten que s'estan produint situacions anòmales i de risc greu per a l'infant. Tot i que, com s'ha esmentat anteriorment, en aquests casos de nens tan petits i tan greument maltractats s'hauria d'esperar percentatges més alts de denúncies interposades per familiars, coneguts o veïns. D'altra banda, però, la important manca de suport social i la desestructuració que presenten aquestes famílies –que es comenta als capítols referits al context parental–, i també l'edat dels nens, encara no obligatòria per escolaritzar, limiten molt els contactes d'aquests infants amb altres adults externs al nucli familiar, la qual cosa permet interpretar el percentatge de denúncies per familiars com a positivament alt.

Motiu de la denúncia

Aquest apartat versa sobre tots aquells indicadors a escala física, objecte de la investigació, que van motivar la denúncia. Els resultats obtinguts mostren que el motiu de la denúncia sol ser principalment hematomes i contusions, en un 43,9% dels casos. No obstant això, hi ha altres lesions, potser no tan conegudes, però que cal esmentar i que també propicien la denúncia:

Tipus de lesions en els infants de 0 a 4 anys greument maltractats

TIPUS DE LESIÓ	PERCENTATGE
A. Casos denunciats per maltractament	
Hematomes i contusions	43,9%
Deteriorament físic global (Negligència física) ³	9,7%
Síndrome de Münchhausen per poders ⁴	9,7%
Traumatisme cranial	7,3%
Fractures òssies	7,3%
Cremades	4,9%
Intoxicacions	4,9%
Ofegament	2,4%

3. Considerem **negligència física** aquelles situacions en què les necessitats físiques de l'infant (alimentació, vestit, higiene, assistència mèdica, àrea educativa) no són ateses, temporalment o permanentment, per cap membre del grup que conviu amb el menor (Arruabarrena i de Paül, 1994; Casado, Díaz i Martínez., 1997; Gómez de Terreros, 1997).

4. La **síndrome de Münchhausen per poders**, descrita inicialment per Meadow l'any 1977, és definida com aquelles situacions en què un dels progenitors, generalment la mare, sotmet el nen a ingressos i exàmens mèdics continus, com també a tractaments innecessaris i procediments diagnòstics habitualment invasius i nocius per al nen, al·legant símptomes fisicopatològics ficticis o generats de manera activa pel mateix progenitor (Meadow, 1982; Meadow, 1985; Gómez de Terreros, 1997).

TIPUS DE LESIÓ	PERCENTATGE
B. Casos detectats indirectament Hematomes i deteriorament físic global. Els maltractaments es detecten amb posterioritat a altres accions: abandonament, maltractament greu d'un germà, etc.	10%
Total	100%

La negligència física severa apareix com a indicador secundari de maltractaments un cop l'infant és observat a l'hospital en un 42,4% dels casos que no han estat denunciats principalment per aquesta raó, com també les fractures òssies (21,9%), ja sigui tractades o no tractades, o fins i tot formant calls ossis de lesions anteriors.

Respecte a la negligència física severa trobada en els casos de la mostra destaquen:

- *les deficiències en l'alimentació dels menors:*
 - malnutrició, dèficits greus en l'alimentació del menor (36,6%),
 - no aplicació de les pautes alimentàries correctes per a un nadó (6,6%)
 - alimentació descuidada pels pares i assumida per altres familiars (3,3%)
- *les deficiències en la higiene dels menors:*
 - nens molt bruts, amb llèmenes i polls als cabells i les pestanyes (33,3%)
- *les deficiències en l'estimulació i l'educació dels menors:*
 - manca d'estimulació primerenca: bebè al bressol, sense atenció durant llargues estones, poc contacte físic (33,3%)
 - manca de control educatiu en infants en edat maternal i de preescolar: absentisme freqüent del nen, no coneixement dels pares per part dels mestres de l'escola bressol, els pares no acudeixen a les reunions ni a recollir els nens (10%).

Indicadors dels maltractaments

a) Lesions, característiques i gravetat

Algunes de les característiques de les lesions que es troben en els menors, com la seva disposició en el cos, el seu nombre o la seva antiguitat, corroboren la sospita d'haver estat produïdes de manera no accidental.

En primer lloc, segons la literatura i les dades obtingudes al nostre estudi, les *lesions per hematomes i contusions* i les *fractures òssies* solen aparèixer de forma múltiple, en diversos llocs del cos, i sovint en diferents estadis evolutius, de manera que es fa difícil pensar que han estat causades de forma accidental.

Un altre indicador del seu caràcter intencional és la disposició dels hematomes i les contusions a determinades zones del cos considerades protegides (com ara els genitals, l'àrea periocular o el coll) (Kreisler i Soulèe, 1990; Martínez, 1991). D'altra banda, les fractures també solen aparèixer en diversos llocs del cos dels infants de l'estudi (ambdós fèmurs trencats, fractura de tibia i peroné) i, generalment, en fer les exploracions esquelètiques apareixen calls ossis d'antigues fractures, moltes vegades no tractades.

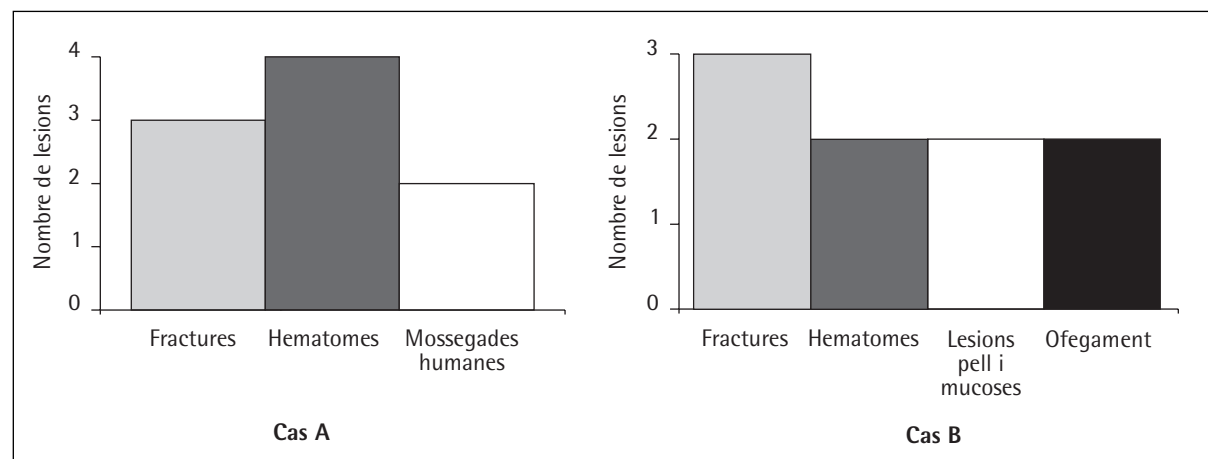
A més, com pot trobar-se en els estudis fets sobre aquest tema, la presència d'hematomes i fractures en menors d'un any d'edat, incompatibles amb el desenvolupament motor de l'infant, han de fer sospitar sempre de possible maltractament (Casado, *et al.*, 1997).

Volem mencionar que com a lesió única només consten un 12,2% dels casos, la resta són **lesions múltiples** (87,8%), ja siguin lesions del mateix tipus (fractures) o lesions múltiples de tipus diferents (fractures i cremades, per exemple). Aquesta dada, d'acord amb la literatura, defensa la baixa probabilitat que una lesió, com també una tipologia de maltractament, es presenti de forma aïllada i pura, i és d'allò més comuna, la coexistència de diversos tipus de maltractaments (Arrubarrena i de Paül, 1994; Inglés, *et al.*, 2000).

En aquest sentit, el pediatra Henry Kempe i els seus col·legues, l'any 1962, ja parlaven d'una *síndrome del nen maltractat* físicament, i descrivia aquells casos de lesions múltiples en què no hi hauria raó mèdica que les justificués, presentant-los per primera vegada sota el terme de maltractaments.

La figura següent mostra el caràcter multilesional dels maltractaments mitjançant la presentació de dos casos del grup d'estudi.

Exemple de dos casos amb multilesions de tipologies diferents



En els casos de traumatisme cranial, ofegament i síndrome de Münchhausen per poders, que representen el 19,5% del total, va haver-hi un risc clar de mort de l'infant, tal com constata la literatura en aquest respecte (Kreiser i Soulè, 1990; Casado *et al.*, 1997; Crivillé, 1987). Alhora, tant en aquests casos com en els casos de negligència física severa, hi ha una alta probabilitat que les lesions interfereixin de forma greu el correcte desenvolupament evolutiu del menor i que aquest no pugui recuperar-se mai completament, ni físicament ni psicològicament.

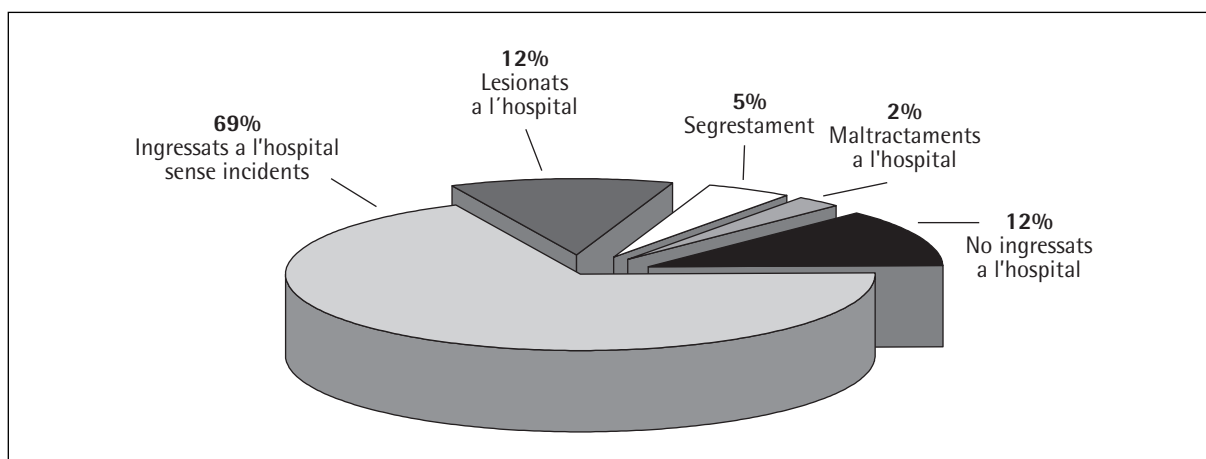
b) Incidents durant l'ingrés hospitalari

Tot i estar els infants degudament hospitalitzats, es poden produir alguns episodis atípics que poden desvetllar la sospita de conductes no adients dels pares envers els seus fills.

La majoria d'infants de la mostra analitzada, el 87,80%, varen ser hospitalitzats. En vuit dels casos hospitalitzats (22,2%, o el seu equivalent, 19,5% amb relació al total de la mostra) es varen produir incidents de gravetat en el context de l'hospital. Cal destacar els casos en els quals apareixen lesions en el menor que es relacionen amb la presència dels pares a l'hospital (13,88% dels casos hospitalitzats) i, fins i tot, un cas en el qual els mateixos companys d'habitació del menor afirmen que els pares maltracten el nen durant les seves visites. En dos altres casos (5,55% dels nens hospitalitzats) es produeixen incidents relacionats amb el segrest dels infants de l'hospital mentre estaven ingressats pels maltractaments a què havien estat sotmesos.

El gràfic següent indica, en percentatges, la situació dels nens amb relació a l'ingrés hospitalari, i il·lustra els percentatges d'infants que continuen sofrint maltractaments tot i estar en situació de protecció a l'hospital. Els percentatges han estat calculats sobre el total de nens maltractats. Tal com ja s'ha comentat, entorn del 20% de la mostra continua sofrint l'acció de maltractament (lesions) o la manca d'acceptació de la situació (segrest). Les dades suggereixen la delicada situació i la necessitat de vigilància que l'hospital ha de posar en funcionament quan hi ha sospita de maltractaments en els infants ingressats.

Mostra total: nens no ingressats i ingressats a l'hospital i incidents durant l'ingrés hospitalari



c) Conducta dels pares davant dels fets: seguiment de les indicacions dels metges

El seguiment de les indicacions dels metges, o adherència a les prescripcions mèdiques o al tractament, és considerat un indicador de bon pronòstic. En el cas que ens ocupa pot ser considerat un indicador sobre la protecció i la cura que els pares estan disposats a donar a l'infant. En la mostra analitzada hi ha constància de, com a mínim, set casos (19,4%) en què no es compleixen les indicacions donades pels metges o es deixen de complir al cap de poc temps, ja sigui no fent cas de les recomanacions fetes pel personal hospitalari, o deixant de complir les visites de control pautades.

d) Conductes de l'infant: característiques emocionals manifestades durant l'hospitalització

La separació de l'infant del seu nucli natural d'afecte i de protecció és sovint viscuda de forma no desitjada, amb manifestacions de por i d'inseguretat. Com és la resposta emocional dels infants que ingressen

en el centre hospitalari per maltractaments? S'exposen a continuació les manifestacions de conducta (respostes emocionals) descrites pel personal professional dels hospitals. Aquestes característiques es refereixen als 36 menors de la mostra d'estudi que han estat hospitalitzats (un 87,8% del total).

Hi ha conductes en el nen que poden ser considerades atípiques en 12 casos. Apareixen els indicadors següents, en l'infant, i respecte a la relació de l'infant amb els seus familiars o persones que en tenen cura.

- Un 25% dels infants presenta alguna d'aquestes conductes:
 - manca de manifestació de queixa davant el dolor
 - marcat estat de somnolència
 - inquietud i irritabilitat
 - signes visibles de tristesa.
- Un 25% dels infants presenta alguna d'aquestes conductes emocionals, que es refereixen a la interacció amb els progenitors o amb les persones adultes de referència:
 - manca d'interès per la mare
 - rebuig de les figures paternes (mare o pare)
 - manca de plor davant l'allunyament o la separació dels pares
 - actitud d'excessiva prudència i de no molestar davant els pares
 - manca de discriminació d'estranyes (en edat pertinent).

La manca d'interès pels pares, o la manca de plor o de sorpresa davant l'allunyament dels pares pot expressar la vivència inadequada de vincles emocionals, en la mesura que indica que no es produeix el fenomen comunicatiu i la relació emocional i cognitiva entre l'infant i les persones que en tenen cura (Ainsworth, 1992).

En la literatura sobre el tema, moltes de les conductes detectades en els menors hospitalitzats de la mostra (manca de manifestació de queixa davant el dolor, actitud de prudència excessiva davant els pares, manca de plor davant la separació, etc.) s'engloben dins una estratègia d'afrontament inhibidòria, anomenada *conformitat compulsiva*, estudiada amb relació a si pot ser considerada una conducta adaptativa per al nen o no. En nens maltractats físicament menors de tres anys sembla presentar-se un comportament conformista, inhibid i vigilant, que redueix el risc de rebre noves agressions dels propis progenitors. No obstant això, aquesta inhibició del comportament, adaptativa en un principi, passa a no ser-ho si el nen la generalitza a les seves relacions amb altres individus (percepció persecutòria de l'entorn i del món extern), i la utilitza com a mitjà d'interacció social al llarg del seu desenvolupament, cosa que pot donar lloc, si es perllonga, a greus trastorns de personalitat i manifestacions psicossomàtiques de diferents tipologies (Kreiser, Fain i Soulée, 1977; Kreiser, 1985; Crittenden i DiLalla, 1988; Wolfe i McE-achran, 1997).

e) Canvis o indicadors de millora a l'hospital

L'hospital és un espai de protecció per als infants maltractats. Allà troben persones que els curen amb afecte, que vetllen per disminuir el seu dolor i que els protegeixen de noves agressions. Com evolucionen els infants maltractats quan estan en el context hospitalari? És evident que s'espera que a l'hospital millori de forma substantiva l'estat de salut de l'infant, i també l'estat emocional. Però, els canvis mot remar-

cables amb relació a la interacció amb els adults que en tenen cura han de fer pensar en la irregularitat de les situacions extrahospitalàries.

Un 16,6% dels casos d'infants hospitalitzats, presenten clars indicadors de progrés i de millora durant l'estada de l'infant a l'hospital. Entre els indicadors de millora se citen:

- major vivacitat, alegria i resposta positiva a les carícies i els jocs
- millora important en l'aspecte físic.

S'observa, doncs, una evolució positiva dels indicadors d'atipicitat, i, fins i tot, en casos de negligència greu, una millora de l'aspecte físic dels menors deguda a la seva estada a l'hospital, i es constitueix el que s'ha anomenat una **síndrome d'hospitalisme invers**.⁵ La presència d'aquesta síndrome, de pronòstic positiu per a l'infant, hauria d'alertar els professionals de l'hospital i els tècnics de la DGAIA implicats en el cas, sobre la gravetat dels maltractaments. Si hi hagués un bon vincle entre l'infant i els seus progenitors, la separació del nen de les seves figures referencials d'afecte hauria d'acusar-se de forma important en aquestes edats primerenques (Balind, 1982; Brazelton i Cramer, 1993; Dolto, 1990). El fet que l'estat emocional millori en absència de les persones de referència ha de fer pensar que els vincles establerts són tan poc consistents que la seva absència és viscuda com a alliberadora i permet una evolució millor.

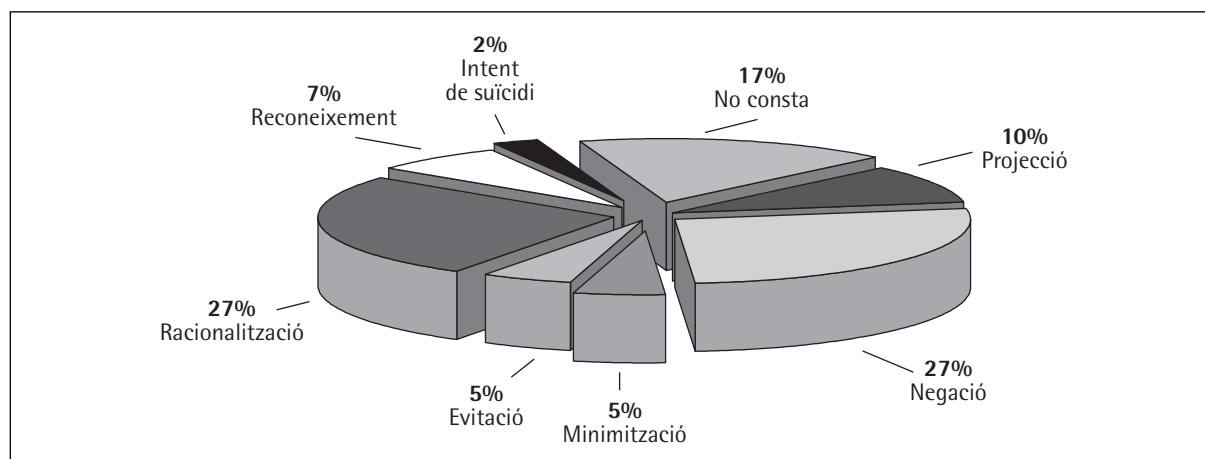
Acte de comunicació dels maltractaments als pares o responsables

Una vegada les instàncies administratives de protecció a la infància tenen coneixement de la detecció d'un infant maltractat, determinen la protecció de l'infant, i comuniquen als pares o persones responsables de l'infant la sospita de maltractaments. Aquest acte té una complexitat extraordinària per les diverses reaccions emocionals que es generen entre els responsables de l'infant. Veurem a continuació quines són les formes de reacció davant l'acte de comunicació de la sospita de maltractaments en l'infant, i quines són les conductes que duen a terme.

Per a categoritzar les conductes observades s'han emprat les definicions dels mecanismes de defensa (vegeu una síntesi a Kirchner, Torres i Forns, 1998) i s'ha intentat aparellar cada forma de reacció familiar a un estil defensiu. Com pot observar-se en el gràfic següent, les reaccions que mostren els pares dels menors davant la comunicació de maltractaments són molt variades.

5. El terme d'**hospitalisme invers** ha estat emprat pels autors d'aquest treball. Per **hospitalisme invers** entenem aquells casos en els quals l'infant, tot i separar-se dels seus referents familiars i ser ingressat en un nou context desconegut per ell, millora notablement tant físicament (especialment visible en casos de negligència severa) com psicològicament (principalment en les característiques de *conformitat compulsiva* que presenta el seu comportament). Aquesta definició pretén contraposar-se a la síndrome d'hospitalisme descrita per Spitz (1945, 1946) i es troba en relació amb el concepte de depressió anaclítica (Rutter, 1979), ambdós extensament desenvolupats en el capítol d'aquesta investigació sobre l'evolució dels infants en el centre d'acolliment.

Categorització de les conductes dels pares davant la notificació de maltractaments en el seu fill



La reacció més comuna en la mostra d'estudi és la **negació** dels maltractaments (el 26,8% dels pares). En la negació, la persona nega la realitat o bé els impulsos que la pertorben. Entre els casos de negació de la mostra cal distingir dos tipus de conductes:

- pares que neguen radicalment l'existència de maltractaments i mai no arriben a reconèixer aquesta possibilitat, alhora que mostren una total impassibilitat i indiferència emocional davant d'aquesta comunicació (el 21,95% dels casos), i
- pares que neguen l'existència de maltractaments i mostren reaccions de ràbia i rebuig cap als professionals que ho consideren, juntament amb moments de depressió (el 4,88% dels casos).

En segon lloc, en un 26,8%, destaquen les conductes de **racionalització** per les quals els pares o persones maltractadores busquen una nova interpretació als fets i relaten una justificació racional dels danys que presenta l'infant. Entre les argumentacions donades poden destacar-se els tipus següents:

- es justifiquen les lesions del menor com a fruit d'un accident que han tingut ells i el menor (en tots els casos inversemblant o incoherent)
- es considera que l'acusació de maltractaments és una conxorxa en la seva contra, i es fantasieja que hi ha algú que els vol prendre l'infant
- s'argumenta que les lesions es produeixen per problemes físics del nen; en molts casos s'intenta buscar justificacions mèdiques i informen que les causes possibles dels danys de l'infant poden tenir a veure amb l'«osteogènesi imperfecta» («ossos de vidre»), o les «apnees», etc.
- s'atribueix la lesió a problemes del nen, entre els quals es pot citar la seva exagerada mobilitat o les autolesions.

La reacció dels pares davant la comunicació de la retenció de l'infant per sospita de maltractaments desencadena també mecanismes de **projecció** (9,7%). En aquest cas els pares o les persones responsables de l'infant atribueixen la responsabilitat dels fets a terceres persones i fins i tot poden procedir a acusar altres persones.

El mecanisme de **minimització** dels maltractaments (4,87%) es produeix quan es treu valor als fets. Hi ha hagut casos en què els pares resten tota la importància als fets ocorreguts i expressen que no són conscients de la seva gravetat; fins i tot poden considerar que els professionals exageren la importància dels fets.

Les manifestacions fòbiques davant del problema, i en conseqüència l'adopció de conductes **evitatives** davant del tema, negant-se a parlar dels fets, s'han presentat en un 4,9% del casos. Malauradament, en un cas la mare va fer un **intent de suïcidi** (2,4%).

La conducta desitjable, la de **reconeixement** dels maltractaments, únicament s'ha fet palesa, en el moment de la comunicació, en un 7,3% del total dels casos. Ha de ser dur per als pares reconèixer que han infligit un dany físic greu al seu fill, no obstant això, l'acceptació de la situació de maltractaments és un fet considerat positiu que permet reenfocar i redreçar la situació.

Els dos mecanismes defensius emprats de manera més generalitzada pels responsables dels infants de la mostra analitzada són la negació (del fet, de la reacció emocional, i de les conseqüències del fet –aspecte que llinda amb la minimització-) i la racionalització. La manca de connexió emocional implícita en el mecanisme de negació agreuja la gravetat de la manca d'acceptació de la realitat.

S'ha d'esmentar la importància que presenten aquestes dades pel que fa al retorn de l'infant a uns pares que no han acceptat la seva responsabilitat en els maltractaments. El **reconeixement dels maltractaments i la motivació de canvi, presents en un 7,3% dels casos**, són passos previs per a qualsevol tipus d'intervenció i possibilitat de rehabilitació familiar. Els serveis socials i els Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència en alt risc social tenen un paper molt important i necessari per descobrir i, posteriorment, treballar, sempre que sigui possible, el motiu pel qual els pares neguen la situació o la seva responsabilitat. S'ha de valorar l'existència de cognicions errònies sobre el desenvolupament de l'infant i el càstig corporal, com també la incapacitat d'acceptar la seva responsabilitat com a causant de greus lesions al seu fill, i la presència de trastorns de personalitat en els pares, no diagnosticats, i que comporten un greu risc per al nen. S'ha observat a la literatura que estils educatius autoritaris o negligents (Arruabarrena i de Paúl, 1994; George, 1996; Simón *et al.*, 2000), i també les expectatives massa exigents o irrealistes sobre les capacitats que té un nen (Azar, Robinson, Hekimian i Twentyman, 1984; Milner, 1993; Oliva, Moreno, Palacios, i Saldaña, 1995; De Paúl, 1996; Inglés *et al.*, 2000) són factors de risc importants per als maltractaments infantils, i, sobretot, per les dificultats d'acceptar que aquests maltractaments s'estan produint i que els mateixos pares en són responsables. Aquesta avaluació del pronòstic del cas ha de fer-se en profunditat i amb detall, iniciant una intervenció dirigida a provar si els pares són capaços d'adquirir consciència de la seva situació i desenvolupar motivació de canvi (Arruabarrena i de Paúl, 1994), posterior a un diagnòstic clínic acurat de l'infant i del seu nucli familiar. Malauradament, un cop constatada la realitat del maltractament, si els pares mostren una absència de reconeixement del problema o una resistència total al canvi, haurà de concloure's la intervenció amb un pronòstic negatiu, de no retorn de l'infant amb els maltractadors, ja que el risc de repetició dels maltractaments seria molt elevat, amb les greus conseqüències per al desenvolupament del nen que això suposaria.

Elements que sustenten la sospita dels maltractaments: identificació d'indicadors

Els maltractaments infligits a un infant no són un acte ocasional, sinó que, malauradament, prenen el caire d'acte repetitiu i van acompanyats d'un conjunt de conductes concomitants que s'han establert com a factors de risc. Així, en la mesura en què en els casos de maltractaments es detecti la presència de diversitat de conductes potenciadores dels maltractaments, aquestes poden ajudar a sustentar la seva sospita i, així, facilitar el seu possible diagnòstic.

La complexitat que presenta el problema dels maltractaments infantils, fa que únicament puguem parlar d'un conjunt de factors de risc i indicadors (en aquest apartat es tractaran indicadors inespecífics, no relacionats directament amb les lesions derivades dels possibles maltractaments) que, si bé augmenten les probabilitats que un menor pateixi maltractaments, mai no són una prova suficient per a considerar que aquest menor es troba en una situació de maltractaments (Martínez Roig, 1991).

A continuació es pretén analitzar, en la mostra d'infants maltractats menors de 4 anys, la presència de tres indicadors inespecífics, els quals són *a)* la presència de maltractaments en altres membres de la família, o de maltractaments anteriors en el mateix infant, *b)* la història de les lesions en el nen i *c)* les alteracions de personalitat o presència de psicopatologia en els pares del menor. Cal destacar que, amb motiu que un mateix menor pot estar patint més d'un factor de risc, la suma dels percentatges que donarem com a fruit de la nostra anàlisi és superior a cent.⁶

a) Presència de maltractaments previs en altres membres de la família o en el mateix infant

Aquests indicadors es refereixen tant a maltractaments passats com presents, en el mateix infant o altres familiars. De l'anàlisi de les síntesis avaluatives dels casos s'ha pogut identificar el conjunt de dades següent:

- Amb relació als progenitors durant la seva infància
 - maltractaments a la mare durant la seva infantesa (20%)
 - maltractaments al pare durant la seva infantesa (11,42%).
- Amb relació a l'infant
 - maltractaments prenatals (24,4%)
 - embaràs no desitjat, plantejament d'avortament i avortaments anteriors i posteriors (26,8%)
 - control sanitari deficient:
 - control irregular o cap control de l'embaràs (24,3%)
 - dilació en demanar assistència, tot i les lesions que presenta l'infant (24,39%)
 - manca de seguiment de les indicacions del personal hospitalari respecte al nen (19,4%)
 - negligència emocional⁷ (68,29%)
 - negligència protectora⁸ (48,78%).

6. D'altra banda cal recordar que amb motiu de la manca d'informació en determinades variables, i encara que els percentatges s'hagin referit a la N total (41), les dades sempre han d'interpretar-se com el mínim nombre de casos que poden trobar-se amb aquestes característiques. Podria donar-se el cas que entre les absències hi haguessin casos positius amb relació a les variables analitzades.

7. Per **negligència emocional**, i prenent la definició elaborada per Arruabarrena i de Paúl (1994), entenem la manca persistent de resposta als senyals (plor, somriure), les expressions emocionals i conductes procuradores de proximitat i interacció iniciades pel nen, com també la manca d'iniciativa d'interacció i contacte per part d'una figura adulta estable.

8. La **negligència protectora** ha estat diferenciada de la negligència física en l'estudi, tot i que la majoria d'autors la consideren una mateixa categoria, per les seves característiques especials en nens de tan curta edat com els de la mostra. I ha estat definida com aquelles situacions en què la protecció i la vigilància del nen en situacions potencialment perilloses, d'acord amb la seva edat i el seu desenvolupament evolutiu, són desateses temporalment o permanentment per algun membre del grup que conviu amb el menor.

- Amb relació a altres membres del nucli familiar
 - maltractaments entre els pares del menor (51,21%)
 - maltractaments en els germans del menor (el 82% dels menors que tenen germans).

D'acord amb la hipòtesi de la transmissió intergeneracional dels maltractaments infantils, els expedients analitzats mostren que un percentatge molt important (51%) dels pares dels menors ha patit, per la seva part, maltractaments en la seva infantesa (Crivillé, 1997).

Inglés *et al.* (2000) van trobar unes dades molt similars en els pares del seu estudi, que ratificaren l'existència d'una conseqüència molt greu dels maltractaments en els infants, que és la tendència a repetir el cicle de violència amb les seves pròpies famílies. Han estat donades diverses explicacions psicològiques a aquest fet.

Segons la teoria de l'Aprenentatge Social de Bandura (1973) (a Cerezo, 1992), els pares abusius han après dels seus respectius models familiars formes violentes de solucionar els conflictes, amb manca d'altres habilitats o recursos socials davant situacions problemàtiques. En el seu repertori conductual, la resposta agressiva és la que, per l'aprenentatge i la pròpia experiència, es troba en el primer nivell de la jerarquia de possibles respostes, i és, per tant, la més probable davant condicions de conflicte social o interpersonal.

Una altra teoria contemporània que pretén comprendre i explicar aquesta greu conseqüència dels maltractaments infantils és la teoria del Vincle Afectiu, o *Attachment* (Bowlby, 1969, 1973 i 1980; Powell, Cheng i Egeland, 1995). Segons aquesta teoria, els nens que han estat maltractats per la persona encarregada de tenir cura d'ells desenvolupen models interns de funcionament segons els quals esperen que els altres siguin hostils amb ells i els rebutgin. D'altra banda, aquells infants que han estat desatesos esperen que els altres no estiguin disponibles i siguin incapaços, o no vulguin, atendre les seves necessitats. Els nens que es comporten d'aquesta manera generalment són tractats de forma negativa pels seus companys i per les altres persones que els envolten, de manera que provoquen la confirmació i la reafirmació dels seus models interns negatius de funcionament i arriben a la impossibilitat de conèixer models alternatius de relació al llarg del seu desenvolupament.

Aquests models negatius de funcionament i relació dificulten que l'infant maltractat, un cop adult, estableixi una relació de vincle afectiu amb els seus fills, i desencadena una forma de tractar-los mitjançant la violència i l'agressió, o la manca d'atenció a les seves necessitats (Brazelton i Cramer, 1993; Crivillé, 1997).

No obstant això, hi ha percentatges molt diferents segons cada treball, com també múltiples crítiques a aquesta hipòtesi, i, fins i tot estudis que la contradueixen (Casado *et al.*, 1997; Green, 1998; Inglés *et al.*, 2000), la qual cosa únicament ens permet afirmar que, segons les dades obtingudes, aquells pares que van patir maltractaments a la seva infància presenten un major risc de maltractar els seus fills.

Cal afegir, però, que els estudis més recents han centrat els seus esforços en el percentatge d'infants que semblen no presentar seqüeles o superar-les en un menor període de temps, de manera que anul·len la tendència a repetir el cicle de violència, un cop adults. Seguint aquesta línia, diversos autors han establert teories i perspectives d'estudi que no accepten la relació unívoca i unidireccional entre maltractaments infantils i conseqüències psicopatològiques per al subjecte maltractat, sinó que defensen l'existència d'unes variables mediadores que incideixen en l'esmentada relació. Aquestes variables mediadores es troben tant en el mateix nen (edat, sexe, factors de personalitat, estratègies d'afrontament davant un problema, avaluacions cognitives) com en el seu context familiar i social (suport a l'infant, reaccions

davant la denúncia de maltractaments) i faran que davant un mateix acte abusiu l'infant pugui reaccionar de formes diferents (Dolto, 1990; Cyrulnik, 2002).

Aquesta línia d'estudis es troba relacionada teòricament amb els conceptes de resistència, vulnerabilitat, estratègies d'afrontament, factors protectors i factors de risc, desenvolupats principalment per Compas (1987) i Rutter (1987).

Prenent els conceptes d'aquests autors, el maltractament infantil pot ser considerat un punt d'inflexió en la vida de l'individu, una situació que determina la direcció de la trajectòria de l'infant en els anys que segueixen. És, alhora, un mecanisme de risc, una condició o variable relacionada amb una elevada probabilitat d'obtenir resultats negatius o indesitjables, i de desenvolupar conductes problema. No obstant això, els mecanismes de protecció (com un elevat suport afectiu percebut o unes avaluacions cognitives no autocolpabilitzants en el nen) actuen moderant aquesta relació entre factors de risc i conseqüències i podrien arribar a minimitzar, i en el millor dels casos, anul·lar, les possibles seqüeles negatives. Una variable important a destacar en la capacitat de resistència d'infants maltractats en edats primerenques és el suport afectiu; la possibilitat que l'infant hagi pogut establir en els primers moments de la seva vida un vincle sa i segur amb les seves figures referencials d'afecte.

Alhora, els maltractaments prenats, presents en una quarta part dels infants de la mostra i definits com *«la manca de cura, per acció o omissió, del cos de la futura mare o l'autosubministrament de substàncies o drogues que, de manera conscient o inconscient, perjudiquin el fetus del qual és portadora»* (Gómez de Terreros, 1997), pot considerar-se un factor de risc important per al futur de l'infant, ja que aquest ha estat maltractat des de l'inici de la seva vida.

En relació amb el paràgraf anterior, trobem un gran grup d'infants que han estat d'embarassos no desitjats, no controlats o amb mínimes visites de control mèdic, que descriuen un rebuig inicial de la mare cap al nadó. No hem trobat articles especialitzats sobre el rebuig a la maternitat com a possible factor de risc de maltractaments de l'infant, però podria ser una variable important, especialment en aquells països, com el nostre, en què l'avortament no està legalitzat en tots els casos, i no es troba a l'abast de qualsevol dona. Prenent aquestes informacions en conjunt, els serveis de salut catalans haurien de requerir més dades sobre com viuen i senten les dones el seu embaràs, quines són les seves expectatives sobre aquest, com també si són conscients i es preocupen de la seva salut i del benestar del nadó com a mètode de prevenció primària de possibles maltractaments futurs.

Les dades de la nostra anàlisi també han posat en relleu que, tant la manca d'acció per part dels pares davant les lesions de l'infant –tot i la gravetat de les lesions–, com el no seguiment de les indicacions mèdiques respecte a la salut del nen, apareixen com a conductes concomitants als maltractaments. Els donem, per tant, el valor de factors de risc a tenir en compte entre les dades d'exploració psicològica dels infants.

Les dades de negligència emocional (68,29%) i de negligència protectora (48,78%), identificades en la mostra d'infants de tan curta edat, són extremament elevades, i cal que siguin comentades amb més deteniment. En primer lloc, la negligència emocional es troba present en més de la meitat dels casos del total de la mostra; en destaca la carència afectiva que pateixen aquests nens per part dels seus progenitors. Són molt pocs els casos que semblen no patir cap tipus de carència afectiva i mantenir una vinculació emocional adequada amb els seus progenitors (9,75%). Les carències es reflecteixen tant en la manca de contacte i vinculació dels pares amb el menor quan es troben tots junts (en un 46,34%) com en la total absència dels

pares durant llargues temporades (casos que deixen al menor vivint amb els avis, oncles o germans, en un 21,95%). La negligència protectora, es troba majoritàriament referida a l'exposició del nen a riscos que no li són possibles d'evitar per ell mateix, per la seva curta edat. Aquesta exposició al risc es mostra mitjançant la presència del nen en agressions físiques entre els pares o altres persones (19,51%), i també deixant-lo sol a casa, sense supervisió, durant llargues estones (12,19%), descuidant les pautes d'higiene bàsiques de la llar on aquest viu, arribant a deixar drogues i xeringues usades al seu abast (9,77%) o amb actituds irresponsables cap als hàbits del nen, com, per exemple, portant-lo al carrer a altes hores de la nit (7,31%).

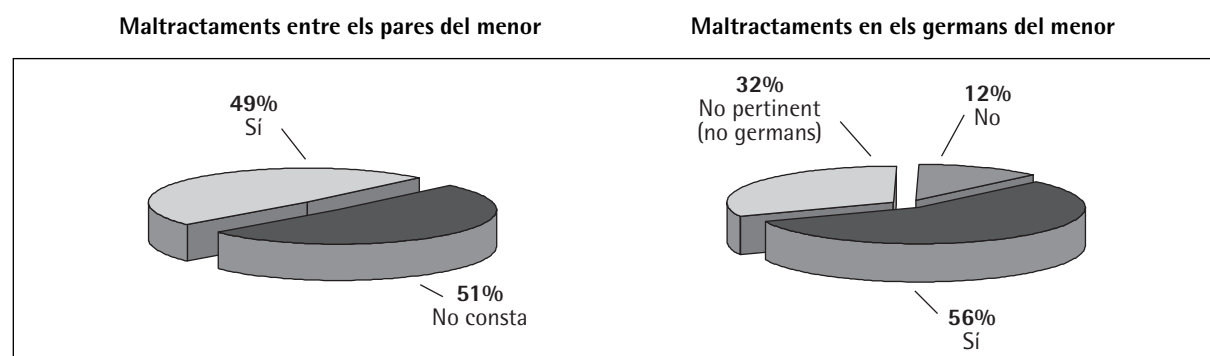
Totes aquestes conductes poden ser indicatives d'un rebuig a l'infant, que ja es podria haver manifestat en una no acceptació o disgust enfront de la maternitat (tant per part del pare com per part de la mare), que podria interferir i determinar negativament tot el procés de l'embaràs, el part i les primeres atencions; aquests nens es consideren com a no desitjats i no significatius com a fills.

Finalment, com pot observar-se a les dades obtingudes, els maltractaments dins la parella solen ser molt freqüents a la mostra d'estudi. En relació amb aquest ambient de violència, sembla haver-hi una generalització dels maltractaments a la resta de components de la família, incloent-hi els germans del menor, en gairebé la totalitat dels casos de l'estudi sobre els quals es té informació d'aquest tema.

La relació entre maltractaments dins la parella i maltractaments als infants ha estat prou demostrada en diferents estudis (Balind, 1982; Merrill, Hervig i Milner, 1996; Coohy i Braun, 1997; Crivillé, 1997; Cadzow, Armstrong i Fraser, 1999; Rumm, Cummings, Krauss, Bell i Rivara, 2000). En un línia d'interpretació dinàmica, Crivillé (1997) interpreta que amb motiu de mecanismes psicològics derivats de la mateixa història de subjecte maltractador, hi hauria un fill que rebria de forma preferent els maltractaments, la qual cosa connotaria en el maltractador les agressions viscudes ell mateix. En cas que aquest infant li fos retirat, hi hauria una gran probabilitat que les conductes de maltractaments es dipositessin en un altre fill o membre de la família, cosa que explicaria el fenomen de la transmissió intergeneracional.

En altres concepcions psicològiques, s'interpreta que la pèrdua del control inhibitori dels impulsos agressius vers un dels membres del grup familiar, facilita que aquesta agressió es generalitzi cap a d'altres membres, tal com s'observa a les dades de la mostra. Cal afegir que actualment s'estan estudiant també les seqüeles psicològiques presents en infants que, tot i no haver patit directament els maltractaments, han viscut dins un ambient familiar de violència i agressions entre els progenitors (Straus, 1990).

Els gràfics següents il·lustren el percentatge de maltractaments entre els pares dels infants maltractats i els percentatges de maltractaments entre els germans del menor identificat com a maltractat.



Tal com ja s'ha comentat, almenys la meitat de la mostra d'infants maltractats té pares que al seu torn han sofert maltractaments i en el 56% dels casos del total de la mostra hi ha maltractaments entre els germans de l'infant maltractat. La necessitat de trencar la transmissió intergeneracional, aportant models socials adequats i resolent els problemes emocionals dels infants maltractats és del tot imprescindible.

b) Història de les lesions

Un altre indicador que cal destacar és la presència de lesions diverses en diferents moments de la vida de l'infant. Els indicadors que aquí es comenten es relacionen amb totes aquelles variables d'interès que s'han observat durant l'hospitalització del menor:

- detecció d'antigues lesions (53,65%)
- ingressos hospitalaris múltiples (24,39%)
- incidents durant l'ingrés hospitalari (19,51%)
- incongruència de les dades sobre les lesions:
 - no congruència del relat dels pares amb les observacions clíniques (34,14%)
 - verbalització dels maltractaments pel mateix nen (7,31%).

La detecció d'**antigues lesions**, com també les **lesions múltiples** en diferents estadis de consolidació, es consideren un signe patognòmic bastant definitori de maltractaments infantils, segons s'observa en la literatura sobre el tema (Casado *et al.*, 1997) i es presenta en gairebé la meitat dels casos de la mostra d'estudi.

Cal afegir que els ingressos hospitalaris múltiples (molt característics de la síndrome de Münchhausen per poders) i els incidents ocorreguts dins l'àmbit hospitalari són indicadors destacables de maltractaments en els casos de la mostra, de manera que manifesten una tendència a la repetició de l'acció de maltractaments que provoca un greu risc en el nen (Kreysler i Soulée, 1990).

En el 34,14% dels casos s'ha detectat una important incongruència entre les observacions clíniques i el relat dels pares respecte a les causes de les lesions que presenta el menor. Com a incongruències cal destacar:

- accidents inversemblants
- problemes de salut del nen
- minimització de les lesions del menor com a lesions típiques d'infants
- incoherència total en el relat dels fets.

Com a darrer element que corrobora la sospita de maltractaments, cal esmentar el relat del nen, el qual manifesta, als adults de l'hospital i als serveis socials implicats, que els seus pares el maltracten.

La presència en simultaneïtat de més d'un d'aquests indicadors ha d'alertar els metges i els professors amb relació a la possibilitat de maltractaments.

c) Presència d'alteracions de personalitat o de conducta psicopatològica en els pares del menor

En tercer lloc cal esmentar alguns indicadors inespecífics que es troben relacionats amb les alteracions de personalitat o amb característiques psicopatològiques dels pares del menor. Els indicadors que s'han fet més patents en la mostra analitzada són els següents:

- abús de substàncies en el pare (53%)
- abús de substàncies en la mare (25,7%)
- trastorns psicològics diagnosticats en el pare (31,4%)
- trastorns psicològics diagnosticats en la mare (48,6%).

Seguint la literatura sobre maltractaments infantils (Hillson i Kuiper, 1994; Merrill *et al.*, 1996), i tal com pot observar-se a l'estudi, els pares dels menors maltractats presenten com a conductes desadaptatives més freqüents les associades a l'abús de substàncies, i també trastorns psicològics diagnosticats relacionats amb l'abús d'aquestes. Segons els autors, els fills de pares que abusen de substàncies (ja siguin alcohol o altres drogues), majoritàriament, viuen i s'eduquen en un ambient carregat de tensió, violència i agressivitat i solen presentar una major prevalença de maltractaments físics (Manuel i Casado, 1997; Casado i Baño, 1997). Cal destacar, alhora, les característiques externalitzants presents en gran part dels pares de la mostra (impulsivitat, agressivitat, baixa tolerància a la frustració) i que també segueixen la línia dels resultats obtinguts als estudis fets sobre el tema dels maltractaments infantils (Ammerman, 1990; Hillson i Kuiper, 1994; Milner, Halsey i Fultz, 1995; Rosenstein, 1995; Cantos, Neale i O'Leary, 1997; Crivillé, 1997).

Tots aquests indicadors inespecífics de maltractaments haurien de ser considerats rellevants pels serveis socials implicats en la protecció a la infància, de manera que es pogués actuar sobre aquells contextos familiars que mostren una major presència de factors de risc per als maltractaments infantils. Aquest treball de prevenció secundària s'hauria de trobar dirigit a la detecció precoç de nens i famílies en situació de risc, amb dificultats per solucionar els seus problemes, la qual cosa evitaria la predisposició que pateixen els nens que hi viuen a no rebre l'afecte i les atencions adients per al seu desenvolupament i benestar (Martínez Roig, 1991).

Conclusions

La mostra de l'estudi va ser seleccionada d'entre els infants maltractats que presentaven una edat inferior a quatre anys, greus lesions, ordre de separació dels pares i d'ingrés en un centre d'acollida sota la protecció de la DGAIA. Les dades que s'han aportat pretenen aprofundir sobre el denunciador, el motiu de la denúncia, els indicadors de maltractament, les reaccions de l'acte de comunicació dels maltractaments als progenitors, i els elements que sustenten o incrementen la sospita de maltractaments.

Tot i aquestes característiques tan particulars de la mostra, sembla, segons les dades obtingudes, que la denúncia de maltractaments continua sent presentada majoritàriament per un hospital, tot i que cal esmentar com a resultat positiu el nombre de denúncies cursades per familiars del nen.

El motiu de denúncia principal són els múltiples hematomes i contusions que es troben en aquests menors, sense oblidar casos menys comuns de maltractaments com ara la síndrome de Münchhausen per poders o les intoxicacions i els ofecs. No obstant això, cal esmentar que, un cop l'infant és explorat pels metges, apareixen com a indicadors secundaris de maltractaments, en nombrosos casos, tant símptomes de negligència física severa com fractures òssies anteriors, ja sigui tractades, ja sigui no tractades o format callus ossis.

Tal com s'observa en altres estudis sobre maltractaments infantils, aquestes lesions i fractures solen aparèixer de forma múltiple, impossibilitant una justificació accidental coherent com a causa d'aquestes, segons l'estadi evolutiu del nen.

Cal destacar aquells casos d'estudi en què els pares dels menors no compleixen les indicacions donades pel personal sanitari sobre la salut del nen i, fins i tot, continuen maltractant-lo durant la seva hospitalització. A aquesta actitud, s'hi afegeixen les conductes de *conformitat compulsiva* o inhibició i depressió observades en aquests menors, com també els indicadors de millora observats quan se'l separa dels seus pares, o *síndrome d'hospitalisme invers*; tots aquests factors actuen com a signes clars de la greu situació familiar que el nen està vivint.

També cal mencionar **la importància que tenen en l'establiment del pronòstic l'acceptació de la responsabilitat en el maltractament i la motivació de canvi per part dels pares**, i constitueix un factor de risc el retorn dels infants a llars on aquesta conscienciació no s'ha produït.

Així, doncs, els resultats obtinguts, d'acord amb la literatura sobre el tema, mostren l'existència d'una sèrie de característiques i factors de risc, o indicadors inespecífics, presents en gran part d'aquests infants, els seus progenitors i les famílies, dels quals la societat, i especialment els serveis implicats professionalment en l'àrea de la infància, han de ser conscients i facilitar així l'actuació en aquests contextos en l'àmbit preventiu.

Bibliografia

- AINSWORTH, M. D. S. A consideration of social referencing in the context of attachment theory and research. In S. Feinman (Ed.). *Social referencing and the social construction of reality in infancy*. New York: Plenum, 1992.
- ALMIRALL, N.; TORNÉ, R.; CURT DEL PRADO, G.; FORNS, M.; ABAD, J.; CALDERÓN, C.; BENÍTEZ, A.; GARCÍA, I. *Maltractaments físics greus a nadons i menors de quatre anys. Memòria de progrés*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, 1999.
- AMERMAN, R. T. Etiological models of child maltreatment, a behavioral perspective. *Behavior Modification*, 14 (3), 1990. P. 230-254.
- ARRUABARRENA, M. I.; DE PAÚL, J. *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide, 1994.
- AZAR, S. T.; ROBINSON, D. R.; HEKIMIAN, E.; TWENTYMAN, C. T. Unrealistic expectations and problem-solving ability in maltreating and comparison mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (4), 1984, P. 687-691.
- BALIND, M. *La falta básica*. Buenos Aires: Paidós, 1982.
- BOWLBY, J. *Attachment and loss. I.- Attachment*. New York: Basic Books, 1969.
- BOWLBY, J. *Attachment and loss. II. Separation*. New York: Basic Books, 1973.
- BOWLBY, J. *Attachment and loss III.-loss*. New York: Basic Books, 1980.
- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. *La relació més temprana*. Barcelona: Paidós, 1993.
- CADZOW, S. P.; ARMSTRONG, K. L.; FRASER, J. A. Stressed parents with infants, reassessing physical abuse risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 23 (9), 1999. P. 845-853.
- CANTOS, A. L.; NEALE, J. M.; O'LEARY, K. D. Assessment of coping strategies of child abusing mothers. *Child Abuse and Neglect*, 21 (7), 1997. P. 631-636.

- CASADO FLORES, J.; DÍAZ HUERTAS, J. A.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, C. (Ed.). *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997.
- CASADO FLORES, J.; BAÑO RODRIGO, A. Hijos de adictos a la heroína: Un grupo con riesgo de enfermar y ser maltratados. En J., Casado Flores, J.A., Díaz Huertas, i C., Martínez González (Eds.), *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997. P. 233-240.
- CEREZO JIMÉNEZ, M. A. *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Treballs i Afers Socials, 1992.
- COOHEY, C.; BRAUN, N. Toward an integrated framework for understanding child physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21 (11), 1997. P. 1081-1094.
- CRITTENDEN, P. M.; DILALLA, D. L. Compulsive compliance, the development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 (5), 1988. P. 585-599.
- CRIVILLÉ, A. *Els professionals enfront dels pares que maltracten els fills*. Ponència presentada a la Jornada de Treball sobre l'Infant Maltractat, 1987.
- CYRULNIK, B. *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa, 2002.
- DE PAÚL, J. Características psicológicas de los agresores físicos infantiles intrafamiliares. A E. Echeburúa (Ed.) *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide, 1996.
- DOLTO, F. *La causa de los niños*. Barcelona: Paidós, 1990.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *El llibre d'en Pau*. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1996.
- GÓMEZ DE TERREROS, I. *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Granada: Ed. Comares, 1997.
- GREEN, A. H. Factors contributing to the generational transmission of child maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (12), 1998. P. 1334-1336.
- HILLSON, J. M. C.; KUIPER, N. A. A stress and coping model of child maltreatment. *Child Psychology Review*, 14 (4), 1994. P. 261-285.
- INGLÉS, A.; FARRÀS, J.; RAFEL, R.; SENDRA, R. *El maltractament d'infants a Catalunya. Quants, Com. Per què*. Barcelona: Departament de Justícia, 2000.
- INGLÉS, I. *Els maltractaments infantils a Catalunya. Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals de la sanitat*. Barcelona: Departament de Benestar Social, 1991.
- KEMPE, C. H.; SILVERMAN, F. N.; STEELE, B. F.; DROEGEMUELLER, W.; SILVER, H. K. The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181 (1), 1962. P. 17-24.
- KIRCHNER, T.; TORRES, M.; FORNS, M. *Evaluación psicológica: modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós, 1998.
- KREISLER, L. *La desorganización psicósomática en el niño*. Barcelona: Herder, 1985.
- KREISLER, L.; i SOULÉE, H. *Mère mortifère, mère nourrière, mère mortifiée*. Paris: La vie de l'enfant, 1990.
- KREISLER, L.; FAIN, M.; SOULÉE, H. *El niño y su cuerpo*. Bilbao: Amorrorto, 1977.
- MANUEL MENA, J.; CASADO FLORES, J. Hijos de padres alcohólicos: Un grupo de riesgo. En J. Casado Flores, J. A. Díaz Huertas, i C. Martínez González (Ed.), *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997. P. 227-332.
- MARTÍNEZ ROIG, A. *Els maltractaments infantils a Catalunya: detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals de la sanitat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 1991.
- MEADOW, R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*, 2, 1977. P. 343-345.
- MEADOW, R. Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Diseases in Childhood*, 57, 1982. P. 92-98.

- MEADOW, R. Management of Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*, 60, 1985. P. 385-393.
- MERRILL, L. L.; HERVIG, L. K.; MILNER, J. S. Childhood parenting experiences, intimate partner conflict resolution, and adult risk for child physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 20 (11), 1996. P. 1049-1065.
- MILNER, J. S. Social information processing and physical child abuse. *Clinical Psychology Review*, 13, 1993. P. 275-294.
- MILNER, J. S.; HALSEY, L. B.; FULTZ, J. Empathic responsiveness and affective reactivity to infant stimuli in high- and low-risk for physical child abuse mothers. *Child Abuse and Neglect*, 19 (6), 1975. P. 767-780.
- OLIVA, A.; MORENO, M. C.; PALACIOS, J.; SALDAÑA, D. Ideas sobre la infancia y predisposición hacia el maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 1995. P. 111-124.
- POWELL, J. L.; CHENG, V. K.; EGELAND, B. Transmisión del maltrato de padres a hijos. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 1995. P. 99-110.
- Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors a la demarcació de Barcelona. Barcelona, 1999.
- Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors a la demarcació de Tarragona. Tarragona, 1999.
- Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors a la demarcació de Girona. Girona, 2000.
- Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a menors a la demarcació de Lleida. Lleida, 2000.
- ROSENSTEIN, P. Parental levels of empathy as related to risk assessment in child protective services. *Child Abuse and Neglect*, 19 (11), 1995. P. 1349-1360.
- RUMM, P. D.; CUMMINGS, P.; KRAUSS, M. R.; BELL, M. A.; RIVARA, F. P. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24 (11), 2000. P. 1375-1381.
- RUTTER, M. Maternal deprivation, New findings, new concepts, new approaches. *Child Development*, 50, 1972-1978. P. 283-305.
- SIMÓN RUEDA, C.; LÓPEZ TABOADA, J. L.; LINAZA IGLESIAS, J. L. *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas, 2000.
- SPITZ, R. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 1945. P. 153-172.
- SPITZ, R. Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 1946. P. 313-342.
- STRAUS, M. A.; SMITH, C. Family Patterns and Child Abuse. A M. A. Straus i R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1990.
- WOLFE, D. A.; McEACHRAN, A. Child physical abuse and neglect. A E. J. Mash i L.G. Terdal (Ed.), *Assessment of childhood disorders* (Cap. 11, 3a ed.). New York: The Guilford Press, 1997.

MALTRACTAMENTS INFANTILS: DADES MÈDIQUES. HISTÒRIA DE LES LESIONS I ANÀLISI DE LA GRAVETAT

La finalitat d'aquest estudi no és única. El punt de partida va ser la petició del Parlament de Catalunya de tornar a valorar l'estat de la infància maltractada a Catalunya. Aquesta petició de la cambra parlamentària va coincidir amb l'arribada de diversos casos de maltractaments greus a menors d'edat; en aquests casos, jutges, fiscals i especialistes en infància i adolescència en risc no podien creure que haguessin estat infligits pels pares o els adults contractats per a tenir-ne cura, bé sigui per la intensitat i la gravetat de les lesions, bé sigui per l'aparença externa dels adults que envoltaven el menor afectat.

Una altra finalitat és esbrinar què ha passat a la família, mitjançant un estudi del seu funcionament, perquè s'hagi arribat fins a l'extrem de lesionar l'infant.

A més, pot servir-nos com a intent de control de qualitat de la feina feta: a quins diagnòstics tècnics s'ha arribat, si aquests han estat corroborats per les sentències judicials...

També m'han demanat que quantifiqui d'alguna manera els maltractaments, la seva intensitat, la seva alarma, el seu dolor, el seu nivell de resposta personal (seqüeles, relació amb la família...) i social (alarma en la família, el barri, la premsa...), quelcom que sigui tangible per a tothom, fonamentalment adreçat als sanitaris, que són el personal que du a terme el programa de l'infant sa i es posa en contacte amb el menor i els seus familiars directes; a les escoles bressol, que l'atenen en el cas d'una dona amb una vida laboral activa, i a qualsevol estament social que pugui estar implicat en el futur de les víctimes, perquè puguin actuar consegüentment sota la protecció d'un diagnòstic de valor segur.

Metodologia de treball

Seguint els criteris de selecció dels menors que integren l'estudi, tota la informació s'ha extret de les diferents síntesis avaluatives. La síntesi avaluativa és el producte (dossier d'informes) de l'estudi fet al menor pluridisciplinàriament per l'equip tècnic, educatiu i de direcció dels centres d'acolliment. En la síntesi consten totes les dades del menor: filiació, història sociofamiliar, valoració psicopedagògica, valoració

mèdica, com vivia en el moment de la seva relació amb la institució pública i com ha anat evolucionant en el temps.

En l'àmbit sanitari, en aquest treball la informació no s'ha extret exclusivament dels informes sanitaris existents a les síntesis esmentades, sinó també de la resta d'informes existents del menor que fessin esment de qualsevol comentari de salut i de com era viscut per persones alienes a la professió sanitària, familiars, escoles i altres institucions públiques, i com interferien en la vida familiar d'aquell nucli.

S'ha fet una plantilla a fi de plasmar tota la informació:

Anamnesi completa que recull: dades de filiació, procedència geogràfica, data i via d'ingrés, centre d'acolliment i número de registre (el mateix per a tot el grup de treball).

Antecedents mèdics personals: quins eren, tot indicant d'on arribava la informació de la síntesi avaliativa, com ara nota de la direcció, atestat de la policia, informe mèdic, social, psicològic, de l'educador... Pensant sempre que es consideren antecedents mèdics personals tots els avatars de salut de l'individu fins al primer moment en què un sanitari es relaciona amb el pacient.

Antecedents mèdics familiars: amb el mateix criteri a l'hora de plasmar la procedència de la informació i la seva relació o parentiu respecte al menor.

En un altre apartat parlem de tòxics en la família seguint el mateix criteri.

Finalment, un apartat d'exploració física del metge del centre immediatament després de l'ingrés i la seva evolució sanitària posterior fins que marxa de la institució d'acolliment. (Hi adjuntem un model de plantilla: annex 1.)

No hem aconseguit obtenir les síntesis avaliatives de dos menors dels 41 proposats per a l'estudi. Per tant, totes les dades es referiran a 39 menors.

MODEL DE PLANTILLA PER A LA RECOPIACIÓ DE DADES

DADES DE FILIACIÓ

1r cognom _____ 2n cognom _____

Nom _____

Data de naixement _____ Centre d'acolliment _____

Data d'entrada _____ Via d'entrada _____

Municipi _____

Comarca _____

EAIA _____

CODI _____

ANTECEDENTS MÈDICS PERSONALS

- Diagnòstics, embaràs, part, proves complementàries, APGAR, PRN, talla, P. cef., control esfínters, alimentació, introducció dels diferents aliments, calendari vacunal...

ANTECEDENTS MÈDICS FAMILIARS

- Cal indicar el parentiu respecte al menor.
- Càncers i tumors. Malalties pulmonars (tuberculosi, pleura, embolismes pulmonars...), cardiocirculatories, HTA, AVC, TIA, epilèpsia, trastorn psiquiàtric, malaltia pèptica, hepatitis, diabetis, trastorn greixos, medicacions, al·lèrgies, hospitalitzacions.

CONSUM DE TÒXICS EN PARENTS

- Cal indicar el parentiu respecte al menor, i la seva edat.
- Tabac, alcohol, qualsevol altre tòxic. Cal indicar l'edat d'inici al consum, la data d'inici del tractament, el temps de tractament, el tipus de tractament, el lloc on es duen a terme els diferents tractaments i les incidències d'aquests.

EXPLORACIÓ FÍSICA

- Exploració física de tota l'economia en el centre d'acolliment.

EVOLUCIÓ EN EL CENTRE D'ACOLLIMENT

- CENTRE D'ACOLLIMENT
- Diagnòstics, proves... que es fan al menor fins a la seva sortida del centre d'acolliment.

Dades

a) Pel que fa al menor

Dades neonatals

Dades que es registren en la història clínica de qualsevol menor d'una manera estàndard:

- Embaràs controlat: se'ns indica que en un 17,95% no va ser prou controlat; un 7,3% no va ser controlat; un 39% va ser controlat, i no s'indiquen dades en un 34% dels casos.
- Part: se'ns diu que un 15,38% van ser parts distòcics.
- Pes de naixement: un 23,08% està per sota dels 2.500 g. Són infants catalogats com de pes baix.
- Apgar: en el primer minut, per sota de la puntuació 9, un 17,95%, i als cinc minuts hi ha un 7,69% per sota de la puntuació 9. Una valoració d'Apgar baix indica patiment fetal. La puntuació ideal és entre 9 i 10.
- Estada en una incubadora: d'un a set dies, un 23,08% dels infants estudiats; de 8 a 15 dies, un 17,95%, i n'hi ha un 7,69% que hi són més de 30 dies.
- Lactància materna: consta que hi ha tres menors (un 7,69%) que sí que han fet lactància materna, però se'n desconeix la durada: només es va provar o bé va durar el temps adequat.
- Síndrome d'abstinència neonatal: un 7,3%, dos casos d'heroïna i un cas d'alcohol.

Per a valorar la situació global dels maltractaments, es tindrien en compte les dades de control de l'embaràs –actuació preventiva aconsellada per a la salut del *nasciturus* i la mare–, que, si no es fa, pot ser per desconeixement, deixadesa, rebuig...; l'Apgar al minut per sota de 9 indica patiment fetal; l'estada a la incubadora com a separació mare-fill dificulta l'establiment d'una relació maternofilial adequada, i la lactància materna constitueix un dels actes íntims que potencien la relació maternofilial iniciada just després del part.

Visites a l'hospital (no es té en compte l'hospitalització per al part, llevat que ingressés per qualsevol altra necessitat)

Menors que han visitat un hospital: 84,62%

Nombre d'ingressos: 104

Mitjana: 2,67 visites per menor

Moda: 2 (de 0 visites a 19).

Exemples: analitzem els registres 628 i 142, amb 19 i 9 visites respectivament, com també els diagnòstics corresponents:

Núm. de ref. 628

- Informe de l'hospital

Problemàtica sociofamiliar:

- La família Xxx Xxx és derivada al Departament de Treball Social des de la consulta de pediatria en la qual la mare ha presentat un informe mèdic de la R. Xxx Xxx sol·licitant l'ingrés hospitalari de la nena Xxx Xxx. La nena no presentava ni diarrea ni vòmits, com la mare assegurava. Es descarta patologia urgent.
- Es revisen les històries clíniques de la família, on es detecta:
Abús excessiu del servei d'urgències: 19 vegades en un any per patologies no urgents: diverses infeccions, gastroenteritis aguda, dues cremades al braç i tres contusions, una d'aquestes cranial.

Núm. de ref. 142

- Informe de l'hospital

La nena ha estat atesa en el nostre servei d'urgències nou vegades dins l'any actual:

- Consulta per restrenyiment i per rectorràgies després d'administració d'una lavativa. No s'observen lesions externes anals.
- Fissura distal de la falange proximal del cinquè dit de la mà esquerra. En l'informe s'especifica una contusió directa.
- Consulta per febre alta i lesions eritematoses i violàcies evanescents. S'observen lesions equimòtiques al pavelló auricular, la cara, el coll i el maluc esquerre. Es fan proves de coagulació amb resultat de normal. La febre és secundària a una infecció d'orina.
- Acudeix a l'hospital per a la recollida de sediment d'orina després de tres dies de tractament i persistir la febre. No s'observen noves lesions equimòtiques.
- Caiguda casual per l'escala. Fractura diafisial de l'húmer esquerre (ingrés).
- Consulta per contusió al nas de 24 hores d'evolució. Refereixen caiguda accidental.
- Caiguda del llit amb contusió facial i ferida incisocontusa a la mucosa labial superior.
- Demanda a urgències HGV: nova ferida a la mucosa del llavi superior amb un llapis.
- Demanda de la mare: preocupació per no poder deixar sola la nena, ja que s'autolesiona constantment. Derivació a l'hospital per a ingrés i estudi.

En els casos de maltractaments és habitual que els infants siguin atesos en els grans hospitals, quan l'equip d'atenció primària podria fer-se càrrec d'aquestes patologies. D'aquesta manera, el pacient petit queda «diluit» sempre en el gran volum de visites diàries de l'hospital.

Lesions a la pell, les mucoses i annexos

S'ha comptabilitzat que un 71,79% dels infants tenen lesions, amb un total de 138 lesions, la qual cosa suposa 3,54 lesions de mitjana per infant.

En l'extracció de les dades de les diferents síntesis avaluatives no estan ben especificades la localització, l'extensió, la quantitat, les intensitats... Sovint es refereixen hematomes als braços, les cames i la cara, i res més. Els informes de l'hospital ho especifiquen molt poques vegades, per la qual cosa hom no pot fer-se càrrec de la intensitat del dolor, del patiment ni del risc vital del menor. S'ha enumerat pel nombre d'hematomes indicats o bé pel nombre de localitzacions.

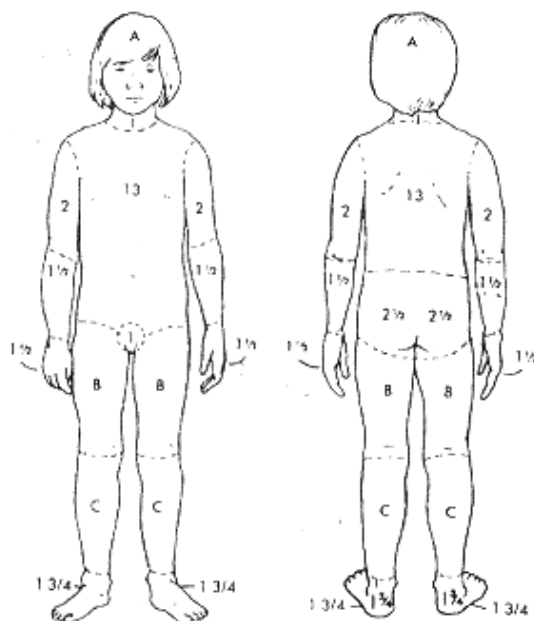
Per a poder ser més concrets en aquesta qüestió i poder afinar en l'extensió de l'hematoma –porció d'hematoma i teixit sa en el moment–, aconsello fer servir el càlcul de les cremades (annex 2, de Lund i Browder), que crec que és el més ajustat, ja que reflecteix el canvi de proporcionalitat de les diferents parts del cos respecte de l'edat. No és el mateix que quatre hematomes afectin el 10% del cos que el 60% de la seva extensió, ni tampoc un hematoma de mitja cara en un infant acabat de néixer que en un de quatre anys (en proporció a tot el cos, el cap és més gran en el nadó que en l'infant de quatre anys, l'hematoma ocupa més en proporció total). De la mateixa manera, també és important el lloc de la lesió: no és el mateix una puntada de peu al cul que una bufetada a la cara.

El diagnòstic diferencial dels hematomes perquè realment siguin per maltractament és el següent: hemofilies i altres alteracions dels diferents factors de coagulació, la malaltia de Werlhof, la malaltia de von Willebrand, la síndrome Ehlers-Danlos, alteracions plaquetàries...

A partir del quadre clínic que presenten i els seus antecedents i de les anàlisis efectuades per a l'estudi de la possibilitat d'un altre diagnòstic diferencial, **no s'ha trobat un altre diagnòstic que el de lesions produïdes per cops físics en tots els casos estudiats.**

Cal remarcar que els menors acollits en centres d'acolliment han presentat només els hematomes típics de la seva vida quotidiana normal, la qual cosa complementa el diagnòstic mèdic inicial de maltractament, i el fet que no apareguin fora del seu medi constitueix una eina diagnòstica en la diagnosi diferencial de maltractaments (no té lesions un cop separat del seu medi vivencial).

Annex 2:



	<1 any	1 any	5 anys	10 anys	15 anys	Adult
A. Meitat del cap	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	6 $\frac{1}{2}$	5 $\frac{1}{2}$	4 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$
B. Meitat de la cuixa	2 $\frac{3}{4}$	3 $\frac{1}{4}$	4	4 $\frac{1}{4}$	4 $\frac{1}{2}$	4 $\frac{3}{4}$
C. Meitat de la cama	2 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{3}{4}$	3	3 $\frac{1}{4}$	3 $\frac{1}{2}$

Càlcul de la superfície corporal cremada (de Lund i Browder).

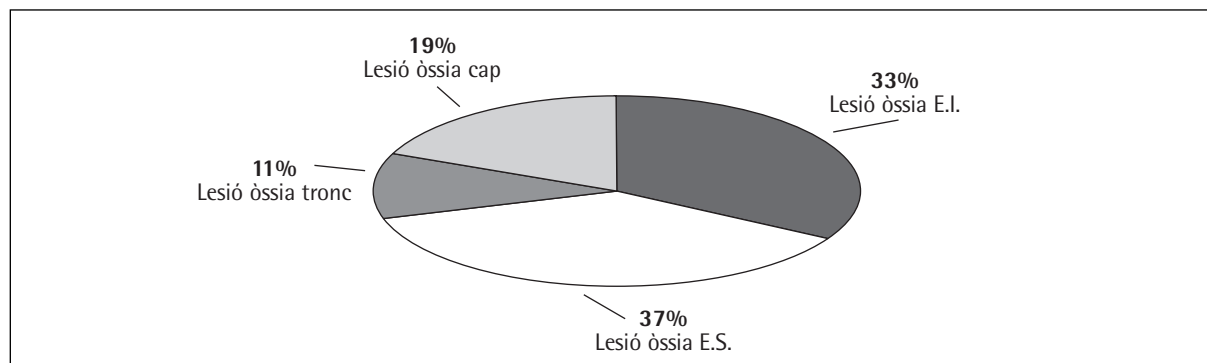
Lesions òssies

Es valora com a lesió òssia tot allò que sigui expressat com a tal després de les exploracions diagnòstiques, i no pas el motiu d'entrada. (Motiu d'entrada: fractura de fèmur; lesions aparegudes posteriorment: fractura parietal... Es comptabilitza tot, el que és agut en el moment i el que ja existia abans de la lesió per la qual es consulta.)

Un 28,21% de la població estudiada presenta lesions òssies.

Lesions òssies	Lesions òssies E.I.	Lesions òssies E.S.	Lesions òssies tronc	Lesions òssies cap	Seqüeles lesions òssies
Nre. de lesions	9	10	3	5	0
% de lesions del total (27)	33,33	37,04	11,11	18,52	

Tipus i percentatge de lesions



No s'especifica la mena de fractura en totes les històries, però podem fer-nos una idea dels mecanismes pels quals es produeixen:

1. La força que s'imprimeix a aquell os és superior a la seva elasticitat, per això es trenca.
2. El cos repara les fractures òssies fent un call ossi. Per a entendre-ho, és la cicatriu de l'os. Sempre que hi hagi un call ossi present en una radiografia (en la qual no hi hagi constància de fractura òssia en el moment) hem de pensar que hi va haver una fractura anterior.
3. Les fractures són de diferents formes, però sempre responen i es produeixen segons el patró de força aplicat. Per exemple: les fractures amb forma de nansa de galleda són sempre produïdes

per una força que, simultàniament, estira i retorça les extremitats. Fractura espiroïdal de la tibia: fixació del genoll amb rotació simultània i violenta de la cama. Les fractures costals no impliquen necessàriament que hi hagi un cop: n'hi ha prou que, en el moment de més obcecació, l'adult agafi l'infant pel tronc (pel tòrax) i el comprimeixi.

4. Els ossos tenen diverses funcions. En aquest moment ens interessa saber que tenen una funció de sosteniment (sostenir el cos i permetre-li deambular) i de protecció, com ara el crani, que protegeix el cervell (fractures òssies que produeixen compressions al cervell, hematomes subdursals, hemorràgies intracranials...); la columna vertebral, que protegeix la medul·la espinal (les fractures i els desplaçaments vertebrals, etc., que indueixen paraplegies, tetraplegies, hemiparèsies...), i, finalment, la caixa toràcica, que en cas de fractures costals ens permet induir perforacions pulmonars, pneumotòrax i hemotòrax, cardíques, hemopericardi, perforació i tamponament cardíacs... i la mort.
5. El diagnòstic diferencial de fractura per maltractament ha de fer-se amb (Cruz, Barkin i Roser): osteogènesi imperfecta, raquitisme, hipofosfatàsia, malaltia de Menkes, escorbut, hiperostosi cortical infantil, osteomielitis, osteoma osteoïde, sífilis congènita, leucèmia i neuroblastoma.

En la història clínica i els estudis analítics fets en el cas d'una fractura òssia, no s'ha trobat un altre diagnòstic que no sigui el maltractament, i en els centres d'acolliment no hi ha hagut fractures espontànies. **El fet que l'infant no tingui cap més lesió un cop separat del seu nucli familiar, és un criteri de diagnòstic diferencial fiable i vàlid, per arribar a la certesa de maltractament.**

Lesions visceral i alteracions analítiques

Es considera com a víscera qualsevol òrgan del cos, llevat de la pell i els ossos. En les alteracions analítiques s'inclouen les intoxicacions de diferents tipus.

Nombre de menors que les presenten: 15, és a dir, un 38,46% del total.

	Lesió visceral E.	Lesió visceral tronc	Lesió visceral cap	Alteració analítica	Seqüeles lesió visceral	Reanimació cardiopulmonar
Nombre de lesions	0	0	22	10	6 menors	1 menor
% del total de lesions	0	0	68,75	31,25		

Exemples de lesions visceral

102. Lesions quístiques necròtiques frontal i bilateral de predomini dret. Leucomalàcia. Hemorràgia crònica al mateix nivell amb extensió parietal esquerra. Anomalia dental per manca d'irrigació sanguínia de la matriu de les dents.
103. Kwasiorkor: anèmia megaloblàstica plaquetopènia i hiponatrèmia.
220. Hemorràgies retinianes bilaterals. Hemorràgia conjuntival dreta.
421. Higromes biparietals. Lleugera dilatació ventricular.
439. Dos hematomes subdurals. Hipertensió intracranial.
142. Ferida corneal. Ferida incisocontusa a la mucosa del llavi superior.
447. Hemorràgia subdural bilateral. Hemorràgia subaracnoïdal en zona frontal, vall silviana dreta i tentori. Hemorràgia retiniana. Torticoli. Hemotimpà esq.

Alteracions analítiques

Diagnòstic	Nre. de menors	% del total que en presenten (15 menors)	% del total de menors de l'estudi que en presenten
Benzodiazepines	1	6,67	2,56
Anèmia	4	26,66	10,26
Etanol	1	6,67	2,56
Opiacis	2	13,33	5,13

De les anèmies, la fonamental és la ferropènica (manca de ferro); en un sol cas, megaloblàstica (manca de vitamina B12 o àcid fòlic).

Intoxicacions per opiacis: un cas d'heroïna i metadona i un altre cas de morfina i codeïna juntament amb lidocaïna.

Altres alteracions: plaquetopènia, hiponatrèmia.

En el cas d'intoxicació per etanol, el menor està afectat per la síndrome alcohòlica fetal: la mare bevia durant l'embaràs i també donava a beure després al menor.

Seqüeles de les lesions visceral

Sis menors han presentat seqüeles de les seves lesions visceral. Dels infants que presenten lesions visceral i alteracions analítiques, un 40% presenten seqüeles, la qual cosa suposa un 15,38% dels menors estudiats.

Tipus de seqüeles

439. Dues vàlvules de descàrrega per resolució de la hipertensió endocranial. Hipertonia marcada que afecta més el costat esquerre. Manca de to postural.
423. Afectat de neurofibromatosi. Deambulació als 30 mesos d'edat. No ha portat d'una manera adequada els controls mèdics de les alteracions dels peus.
422. Els pares rebutgen l'estudi de retard maduratiu. Menor afectat de SAF. Atròfia del nervi òptic incipient bilateral. Màcula normal.
421. Augment dels espais subaracnoïdals. Controls posteriors.
115. Apnees sempre en presència de la mare. Medicació per epilèpsia.
102. Anomalia dental dels incisius superiors per manca d'irrigació sanguínia de la matriu de les dents. Retard evolutiu global amb hipotonia d'extremitats inferiors. Leucomalàcia periventricular. Hipotonia de fons. Lleugera hemiparèsia esquerra amb alteracions dels reflexos i de la força.

Reanimació cardiorespiratòria

Maniobres que es fan quan el pacient entra en aturada cardiorespiratòria i el seu organisme no és capaç de reprendre per ell mateix les funcions vitals. A l'únic cas registrat com a tal (un 2,5%) li van fer les maniobres de reanimació: estant el menor ingressat a l'hospital amb la companyia dels seus pares, li practicaren una immersió en la banyera de l'habitació que li produeix una aturada respiratòria; un cop recuperat, se'l trasllada a l'UCI.

Antecedents de maltractaments

Sense oblidar que estem en una franja d'edats entre els zero i els quatre anys, hem de dir que com a lesió única només hi consten un 12,2% dels casos; la resta d'infants presenten lesions múltiples (un 87,8% dels casos), la qual cosa indica que la major part dels menors estudiats ja han patit, en la seva curta vida, algun altre maltractament anterior, independentment de si es va denunciar o no, és a dir, hi ha lesions anteriors.

També hem observat que un 13,87% de la població estudiada que ha estat ingressada a l'hospital ha continuat tenint maltractaments durant l'ingrés.

b) Respecte de les famílies biològiques**Alteracions psiquiàtriques (alteracions en la salut mental)**

Cal tenir en compte que, segons l'edat de l'infant, la família, tingui una bona salut mental o no, és el seu únic vehicle de connexió amb l'exterior. A través de la família fa els primers aprenentatges socials i de comunicació: aprendre què és bo i què és dolent, la seva situació espacial, la visió, la comunicació...

Fonamentalment parlarem de pare i mare i de si hi ha diagnòstic abans de descobrir el maltractament. També mirarem, a través de tota la informació de la síntesi avaluativa, si podem arribar a un diagnòstic orientador.

Cal tenir en compte també l'associació entre tòxic i patologia psiquiàtrica.

Les dades obtingudes són:

Pares amb diagnòstic previ en el moment de descobrir els maltractaments: un 31,43%.

%	Diagnòstic
11,43%	Trastorn antisocial
5,71%	Enolisme amb episodis de descontrol d'impulsos i explosió d'agressivitat
5,71%	Esquizofrènia
5,71%	Depressió
2,86%	Trastorn de personalitat per dependència

Mares amb diagnòstic previ a la detecció dels maltractaments: un 48,57%.

%	Diagnòstic
5,71%	Trastorn histriònic
11,43%	Consum de tòxics com a diagnòstic primari
5,71%	Trastorn antisocial
8,57%	Depressió
2,86%	Esquizofrènia
2,86%	Trastorn paranoic greu
5,71%	Diagnòstic de disminució
2,86%	Trastorn per ansietat
2,86%	Trastorn límit

Un 22,86% ha requerit ingrés hospitalari en algun moment de la seva vida.

Consum de tòxics en les famílies

Vegem en quin ambient tòxic viuen els nostres menors. Hem de tenir en compte la gran associació entre patologia de la salut mental i consum de tòxics.

Les dades s'obtenen de les síntesis avaluatives, i es recull exclusivament allò que s'hi esmenta.

En les síntesis avaluatives de 26 casos, es fa esment de la presència de tòxics (un 74,28%).

Es fa referència a un 68,57% (24 casos) de pares que són consumidors d'algun tòxic i a un 48,57% (17 casos) de mares.

Tòxic	Pare	Mare	Altres familiars	Pare i mare
Tabac	20%	20%	0%	8,57%
Cannabis	20%	8,57%	0%	5,71%
Alcohol	34,29%	14,29%	20%	11,43%
Heroïna	8,57%	8,57%	2,86%	2,86%
ADVP	8,57%	8,57%	5,71%	5,71%
Cocaïna	5,71%	5,71%	0%	0%
Fàrmacs	2,86%	8,57%	0%	0%

Policonsum

Politoxicòman és el consumidor de més d'un tòxic, com a mínim, que s'esmentin en els informes els diferents consums: el 20% dels pares i el 17,14% de les mares tenen aquest hàbit. La meitat de pares consumidors d'alcohol (un 17,14%) són politoxicòmans. Dels progenitors consumidors de cocaïna (un 11,4%), un 8,57% són també politoxicòmans. Entre els consumidors d'heroïna (un 8,57%), en la meitat dels casos pare i mare en són consumidors.

Conclusió

En resum, les dades més rellevants que hem trobat són les següents:

- Embaràs controlat incorrectament: 17,95%
- Pes baix en el naixement: 23,08%
- Apgar inferior a 9: 17,95%
- Incubadora durant set dies: 23,08%
- Incidència baixa de la lactància materna
- Un 71,79% amb lesions cutànies
- Un 28,21% amb lesions òssies
- Un 38,46% amb lesions visceral i alteracions analítiques
- Un 40% dels que presenten lesions visceral i alteracions analítiques en tenen seqüeles (un 15,38% de tots els menors estudiats)
- Un 2,56% amb reanimació cardiopulmonar
- En alguns casos, es continua maltractant els infants durant l'ingrés hospitalari
- Existència d'alteracions psiquiàtriques en les famílies
- Consum de tòxics (distorsionen la percepció de la realitat del moment)

Quantificació dels maltractaments

Qualsevol infant lesionat, independentment del tipus de lesió i del seu nombre, indica que ha rebut un tracte totalment incorrecte, que la seva família ha estat incapaç d'exercir les seves funcions adequadament i que cal estudiar-ne les causes.

Quan el maltractament ja s'ha efectuat, hem de tenir unes mesures que ens permetin esbrinar si és greu o no, a fi de poder actuar després socialment i jurídicament d'una manera més encertada.

Combinem edat amb lesions i seqüeles, i vegem si trobem un mètode per a poder dilucidar quin menor ha pogut tenir un patiment més gran.

Des del naixement, el desenvolupament de l'infant s'adreça cap a la seva autonomia en el medi en què viu. Un infant que acaba de néixer està totalment indemne i depèn de l'adult; als quatre anys, pot escapar-se, cridar, fer servir mecanismes d'autodefensa (els braços davant la cara...). Atesa aquesta autonomia, el mateix maltractament, amb la intensitat i l'extensió de la lesió corresponents, té més gravetat en el nadó que en l'infant de quatre anys. Per això, a les diferents edats donarem les puntuacions següents:

- Infant entre 0 i 1 anys: un valor de 4
- Infant entre 1 i 2 anys: un valor de 3
- Infant entre 2 i 3 anys: un valor de 2
- Infant entre 3 i 4 anys: un valor d'1

Anomenarem A l'edat dels infants.

Habitualment en una agressió física la primera cosa que trobem al cos és la pell. Les lesions cutànies les anomenarem B. Donarem a cada lesió un valor d'1 i el multiplicarem pel nombre de lesions que presenti el menor.

Anomenarem C les lesions òssies. Donarem a cada lesió un valor de 2 i el multiplicarem pel nombre de lesions òssies. Anomenarem Cs les seqüeles de les lesions òssies i donarem un valor de 3 a cada una, i el seu nombre el multiplicarem pel resultat anterior de la xifra C.

Anomenarem D la lesió visceral, li donarem un valor de 4 i el multiplicarem pel nombre de lesions que presenti l'infant. Anomenarem Ds les seqüeles de les lesions viscerals, i donarem a cada una un valor de 5; multiplicarem el resultat pel valor final de D.

Anomenarem E la reiteració dels maltractaments, amb un valor de 2, i F la reanimació cardiopulmonar, amb un valor de 10.

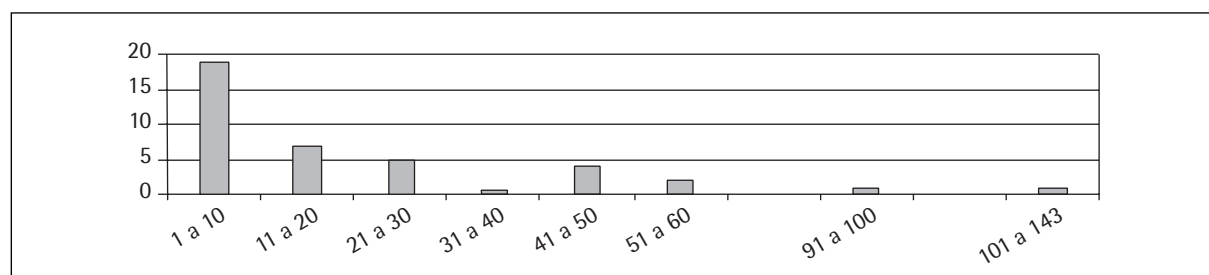
Això és el que hem fet:

$$A+((B+(C*Cs)+(D*Ds))*E)*F = \text{puntuació}$$

D'aquesta manera obtenim el resultat següent:

Núm. registre	Puntuació	Núm. registre	Puntuació
301	143	421	52
102	94	422	22
103	29	423	5
104	11	425	8
405	12	426	2
206	10	427	8
407	13	628	7
108	2	629	3
109	4	630	7
110	16	534	23
111	6	535	5
112	4	536	23
113	5	537	8
114	9	438	17
115	43	439	48
116	4	440	8
117	12	441	28
218	11	142	47
219	9	447	42
220	52		

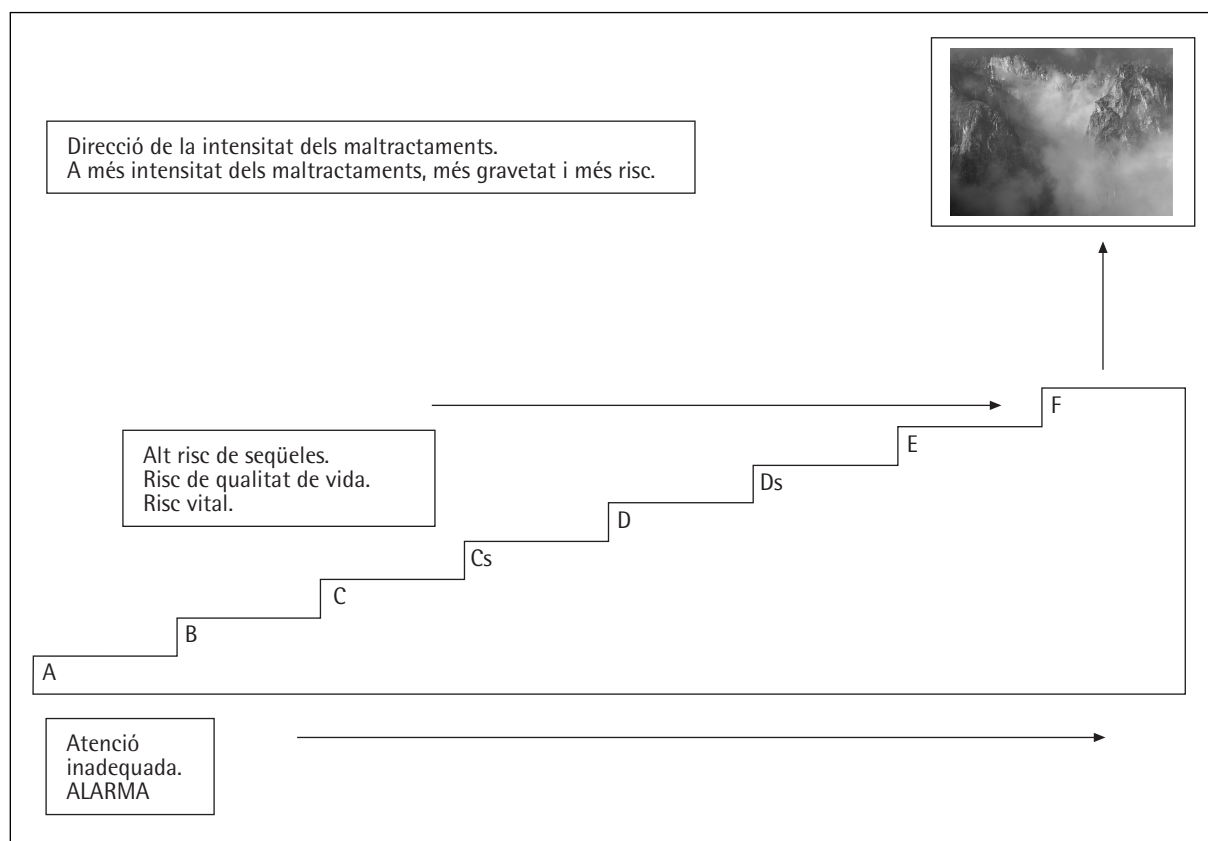
Gravetat de les lesions



Com podem fer servir la puntuació per a l'aplicació en un menor maltractat en la vida quotidiana?

Posem els ítems de menor a major segons la seva intensitat, com els esglaons d'una escala o els pisos d'un edifici. Si no hi ha lesió física demostrada, estarem en l'esglaó zero o la planta baixa. Si arribem a l'últim esglaó (el de la reanimació cardiopulmonar), estem parlant del binomi vida-mort. Si pugem l'escala o els pisos per ordre alfabètic (A, B, C, Cs, D, Ds, E, F), ens farem una idea del perill que ha viscut l'infant.

Com ja hem comentat, cal tenir clar que qualsevol grau de lesió en un menor induïda pels adults que li són propers significa un perill per a la seva salut, que no és més o menys maltractaments, sinó que ens trobem amb un infant maltractat, amb problemes de funcionament familiar: la família ha fracassat com a tal i cal col·laborar amb el menor d'una manera directa i incisiva perquè els maltractaments no es repeteixin mai més, ja que la seva intensitat no es pot preveure en el moment, i l'obcecació de l'adult pot arribar a provocar la mort del menor. No estem parlant de més o menys maltractaments. L'infant que rep és un infant maltractat. Per a saber quant ha patit el menor, farem servir els ítems de l'escala o els pisos de l'edifici: com més esglaons o pisos pujats, més gravetat, més perill, mort més propera.



Un cop revisades les històries clíniques, la puntuació coincideix amb la gravetat dels casos. S'adjunta el resum dels dos casos més greus (301 i 102).

Núm. de ref. 102

ANTECEDENTS MÈDICS PERSONALS

- Informe mèdic de l'hospital
 - Crisi de cianosi. Segona gestació de curs normal. Part a les 38,6 setmanes. Eutòcic. Apgar 9/10 PRN 2650 T 48 P. cef.: 33. Lactància materna. Es recupera de la crisi de cianosi amb estimulació i aspiració de les secrecions de vies respiratòries altes.
 - Analítica: Glucosa 72 pH 7,42 Pco2 43. Bili 27 EB+3 PCR= Hematies 5,23 Hcto 56,5 Plaquetes 283000 Leucos 17270 /75N/17L/6M/2E) 1% bandes.
 - Rx tòrax normal.
- Informe mèdic de l'hospital
 - Hèrnia del melic des del naixement.
 - Llet elemental des dels 6 mesos d'edat per intolerància a la lactosa, no confirmada.
 - Exploració física normal. Porta guix del membre inferior dret per fractura del fèmur controlada pel servei d'ortopèdia.
 - Hemograma: leucòcits 15.700 fórmula normal. Hg 11,9, Hcto 36,4 Plaquetes 486000 Ionograma, EAB, glucosa, urea, creatinina, calci, magnesi, AST, ALT PCR VSG, proteïnes i immunoglobulines normals. Fosfatases alcalines 1100 UI/L
 - Sèrie esquelètica: fractura fèmur dret. Engrossiment periostal humeral esquerre. Fractura parietal dret amb diàstasi de sutures. Fractures costals dretes.
 - TAC cranial: extensa àrea hipodensa corticosubcortical que arriba fins a les proximitats del ventricle dret i se situa en el lòbul frontal dret. Àrea d'hipodensitat cortical juxtamedial esquerra. Imatge de fractura parietal esquerre suggestiva de seqüeles del traumatisme en el context clínic.
 - RMN pendent de resultats.
 - Diagnòstic:
 - Fractura parietal esquerre suggestiva de seqüeles del traumatisme (801.06)
 - Fractura húmer esquerre 812.20
 - Fractura costelles 807.0
 - Fractura fèmur dret 821.00
 - Maltractaments infantils 995.5
- Informe mèdic recull informatiu CAP
 - Muguet.
 - Rinitis purulenta. Des de la primera setmana de vida té vòmits. Elabora informe per a l'estudi dels vòmits.
- Informe mèdic homeòpata
 - Grans dificultats per a l'alimentació.
 - Possible intolerància a la proteïna de la llet.
- Informe mèdic. Sèrie esquelètica. Impressió diagnòstica: fractura antiga de la diàfisi femoral dreta. No s'observen altres fractures.

ANTECEDENTS MÈDICS FAMILIARS

- Besàvia: embòlia cerebral (AVC).
- Àvia: càncer.
- Avi: depressió i intent de suïcidi (després de separar-se de la seva dona).
- Germana: dificultats en l'alimentació.

Núm. de ref. 102 (*continuació*)**CONSUM DE TÒXICS EN PARENTS**

No hi ha cap comentari.

EVOLUCIÓ EN EL CENTRE D'ACOLLIMENT

- Informe de l'Institut Català d'Assistència Social
 - Assisteix al Servei d'Atenció Precoç. Derivat des del centre d'acolliment, ja que presenta un retard psicomotriu i una labilitat emocional, amb diagnòstic etiològic de traumatisme cranioencefàlic postnatal.
 - Se li fa un seguiment neuropediàtric. Atenció fisioterapèutica i atenció del desenvolupament mental del nen, en els vessants cognitiu i emocional.
 - Estan d'acord en l'acolliment familiar en família aliena. Cal que el nen continuï amb les visites i la família s'hi incorpori, ja que l'evolució que presenta el nen és de risc tan físic com emocional pel mateix origen del trastorn.
- Informe mèdic (amb 10 mesos de diferència respecte a l'anterior)
 - Infant d'11 mesos d'edat que pateix una leucomalàcia periventricular, seqüela d'una hemorràgia cerebral que sembla d'origen traumàtic.
 - Presenta una microcefàlia, una hipotonia de fons, lleugera hemiparèsia esquerra amb alteració dels reflexos i de la força.
 - Desenvolupament motriu per sota de la seva edat cronològica.
 - En l'aspecte sensorial, pressió i percussió adequades. Respon al seu nom.
 - Àrea relació/comunicació poc diferencial, poc expressiu (només somriu). No fa cap fonía propositiva i el vessant receptiu també està per sota de l'edat cronològica.
- Informe estomatològic. En un any es van produir les incidències següents:
 - Conclusions: dos incisius centrals superiors temporals amb coloració groguenca per necrosi pulpar secundària a un traumatisme directe de severa o moderada intensitat o bé per microtraumatismes repetits.
- Refredat de les vies altes
- Infecció de les vies respiratòries altes
- Otitis aguda dreta
- Amigdalitis pultàcia
- Faringitis
- Peus valgs. Li cal correcció amb plantilles
- Control somatomètric: pes 10,8 kg. T. 80 cm. P. cef.: 45,5 cm
- Refredat de les vies altes
- 18 mesos: pes 10,450 kg. T. 80 cm. P. cef.: 45,5 cm
- Faringitis
- 19 mesos: pes 10,8 kg. T. 80 cm. P. cef.: 45,5 cm
- 20 mesos: pes 11,1 kg. T. 80 cm. P. cef.: 46 cm
- Faringoamigdalitis
- Agulla febril sense diagnòstic
- Pes 11,650 kg. T. 83,5 cm. P. cef.: 46 cm
- Bronquitis aguda. Broncospasme

Es posa al corrent el calendari vacunal, d'acord amb la seva edat.

Núm. de ref. 301

ANTECEDENTS MÈDICS PERSONALS

En un any es dóna:

- Informe mèdic fractura cúbit i radi. Sense simptomatologia ni impotència funcional. Els pares no van parlar del tema amb els metges.
- Retenció hospitalària.
- Síntesi informe assistent social:
 - L'assistent social de l'hospital refereix que el menor no es queixava en les proves doloroses.
 - Vacunes: DTP+P 5/4/94, 8/6/94, 9/10/94. TV 11/3/94. HB 18/4/94, 20/5/94.
- Informe mèdic:
 - Sèpsia germen desconegut.
 - Osteomielitis a la tibia esquerra.
- Informe mèdic:
 - Control gammagràfic de l'osteomielitis.
- Informe mèdic:
 - Lesions equimòtiques parpella esquerra i palmell de la mà esquerra. *Es parla amb l'assistent social. («Lesions purpúriques de causa no ben catalogada»)
- Informe mèdic:
 - 10 mesos d'edat. Urgències, ja que presenta sagnat per la boca i vòmit amb contingut hemàtic després d'una maniobra d'extracció de cos estrany de la faringe.
 - Antecedents mèdics: tres informes mèdics en dos mesos
 - Estada a l'hospital:
 - Exploració física d'entrada i proves complementàries normals.
 - Consciència i contacte normals. Sang vermella per la boca. Erosió al paladar tou i amígdala esquerra.
 - Immersió a la banyera: aturada respiratòria i broncoaspiració. Ingrés a cures intensives.
 - Es detecta en la seva estada al centre fractura del terç proximal del cúbit i radi amb call de consolidació en posició viciosa (2-3 setmanes d'antiguitat).
 - Dèficit d'estimulació i d'afecte en l'entorn.

Moment de l'alta: eritròcits 4210000 Hcto 32,2 Hb 10,3 Mcv 76,5 Plaquetes normal. Leucòcits 15540 /N 21,4/L 68/ M 7/ Eo 3,5) VSG 14 mm. Prot. tot. 64 PCR 4 m/l Siderèmia 10 (normal 10,5-28,3) Protrombina normal.

- Diagnòstics:
 - Nen maltractat
 - Apnea per cos estrany faringi
 - Lesions orofaríngees secundàries a maniobres de reanimació
 - Semiofegament
 - Broncoaspiració
 - Aturada respiratòria
 - Acidosi metabòlica
 - Pacient sotmès a cures intensives
 - Fractura antiga de cúbit i radi esquerre
 - Retard psicomotor de causa exògena
 - Perforació timpà esquerre (sense expressió clínica)

Núm. de ref. 301 (continuació)

Informe mèdic, 8 mesos després (informe radiològic quan estava ingressat).

Ortopèdia maternoinfantil. Lesió avantbraç. RX Calls ossis al cúbit i el radi. Pel que fa a la **tíbia esquerra, presència de signes radiològics d'una antiga fractura.**

ANTECEDENTS MÈDICS FAMILIARS

- Informe social del municipi. Àvia en tractament psiquiàtric per depressió.
- Informe psiquiàtric de l'hospital. Mare: persona sense dificultats cognitives específiques i amb una personalitat immadura en què destaquen trets de tipus psicopàtic.
- Informe psiquiàtric de l'hospital. Pare: sense antecedents psiquiàtrics. Personalitat de base caracteritzada per certa impulsivitat, irritabilitat, tendència a presentar conductes heteroagressives i dificultats d'adaptació al seu medi social i familiar. Hi ha manifestacions per part del pare de consum important d'alcohol (sobretot, els caps de setmana) i cannabis (derivats). Antecedents de consum d'heroïna, cocaïna i benzodiazepines. Trastorn de la personalitat amb trets psicopàtics.
- Informe psiquiàtric de la mare (posterior a la retirada de la custòdia del nen):
 - Síntomes depressius reactius a la pèrdua de la custòdia del seu fill.
 - Normalització del seu estat emocional. Ha resolt positivament el procés de dol i trencament de la parella.

Estabilitat emocional i afectiva interior amb una vinculació positiva amb el seu fill.

CONSUM DE TÒXICS EN PARENTS

- Informe psiquiàtric de l'hospital. Pare: abús del consum d'alcohol i de derivats del cannabis. Antecedents de consum d'heroïna, cocaïna i benzodiazepines. El pare rebutja el tractament psiquiàtric.

EXPLORACIÓ FÍSICA

– Ingrés:

Pes 9,250 kg

Talla 73 cm

Palidesa cutània (no mucosa)

Equimosi regió infraclavicular dreta

Equimosi zona engonal dreta

Dret amb recolzament

Resta d'exploració física normal

Analítica:

Hemograma normal

Transaminases normals

Immunoglobulines normals

Lues, HIVB, VHB,VHC negatives

Núm. de ref. 301 (continuació)**EVOLUCIÓ EN EL CENTRE D'ACOLLIMENT**

- Refredat de les vies altes
- Tres otitis supurades (quimioprofilaxi amb amoxicil·lina amb dosi única diària tres mesos)
- Bronquitis
- Exploració de sortida:
 - Pes 12,7 kg
 - Talla 85 cm. P. cef.: 48,2 cm
 - Craniocconfiguració normal
 - Adenopaties submaxil·lars
 - ORL: normal
 - Tòrax normal
 - Abdomen normal
 - Genitals masculins, testes en bosses
 - Sistema nerviós normal

Senyals d'alarma

Els ítems la presència dels quals considerem que encenen llums d'alarma en la consulta del pediatra d'atenció primària són els següents:

- Hospitalisme invers
- Maltractaments en la infantesa dels pares
- Embaràs no volgut, plantejament d'avortament voluntari o presència d'avortaments anteriors o posteriors
- Control irregular de l'embaràs
- Maltractaments entre els pares del menor
- Part distòcic, pes baix en el naixement i alteracions en l'APGAR
- Separació mare-fill immediatament després del part per problemes de salut. Absència de lactància materna
- Alteracions psiquiàtriques no controlades. Consum de tòxics en la família, sobretot d'alcohol, i de tòxics il·legals (inhibidors i distorsionadors de les vivències del moment)
- El fet de no seguir els consells de salut del metge de confiança ni fer cap acte de salut per a posar remei al problema
- Presència en l'infant de símptomes de malaltia depressiva.

Com a annex s'exposen a tall d'exemple un seguit de preguntes que es poden plantejar en la consulta sanitària per a la detecció precoç en la relació maternofilial (Dean X. Parmelee, 1998).

Preguntes sobre el món de l'infant

Prenatal

Quin sentiment té pel que fa a l'embaràs?
Quines preocupacions té pel que fa a ser mare?
Com se sent pel que fa a com la van criar?
Què deixaria igual? Què canviaria?
Què opina el pare de l'embaràs?
Quines preocupacions té ell?
Com se sent ell pel que fa a com el van criar?
Què deixaria igual? Què canviaria?
Qui l'ajudarà quan el nen hagi nascut?
Com creu que li modificarà la vida el nen?
Com modificarà la vida del pare?

Nen petit

Què fan vostè i el seu fill per a divertir-se?
Què fan el nen i el pare per a divertir-se?
Quina mena de coses fa el nen que la fan feliç a vostè?
Què fa vostè quan això passa?
Quina mena de coses fa el nen que facin feliç el pare?
Què fa ell quan això passa?
Quina mena de coses fa el nen que la molestin?
Què fa vostè quan això passa?
Quina mena de coses fa el nen que molestin el pare?
Què fa ell quan això passa?
Quina mena d'ajuda té amb els nens?

Nadó

Com ha anat el part? Hi ha hagut cap problema?
Tots els pares tenen dificultats amb els seus fills acabats de néixer. Quins problemes ha tingut?
En què es diferencia haver tingut aquest nen del que s'esperava?
Quina mena d'ajuda té amb el nen?
Amb quin terme descriuria el seu nen: dormilega?, exigent?, irritable?, agradable?
En què s'assembla i en què es diferencia el seu nen respecte dels seus germans quan eren nadons?

Nen gran

(Les mateixes preguntes que amb el nen petit i també les següents:)
Va el seu fill a cap centre de dia?
Com interacciona el seu fill amb altres nens?
Quines dificultats té el seu fill amb el mestre?
Quines dificultats té el seu fill amb els companys?

Bibliografia

Tratado de pediatría. 6a ed. M. Cruz. Ed. Espaxs. 1990.

Tratado de pediatría. 16a ed. Nelson. Ed. McGraw-Hill. Interamericana. 2001.

Urgencias en pediatría. Roger M. Barkin i Peter Roser. Ed. Morby/Doyma Libros. 1996.

Tratado de ortopedia pediátrica. S. Canale i J. Beaty. Ed. Morby-Year Book. 1991.

Psiquiatría del niño y adolescente. Dean X. Parmelee. Ed. Harcourt Brare. 1998.

El llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1996.

ESTADA DELS INFANTS MALTRACTATS ALS CENTRES D'ACOLLIMENT; INGRÉS I EVOLUCIÓ

Observacions dels tècnics i els professionals dels centres

L'ingrés de l'infant en el centre d'acolliment representa la separació de la seva relació amb les persones que l'han envoltat fins en aquell moment, i el trencament amb la situació i el context en què s'han viscut experiències que són considerades traumàtiques. El centre d'acolliment ha d'ésser un espai de serenor enfront de les agressions viscudes, que permeti a cada infant el restabliment de les competències crítiques que segons l'edat li són pròpies (Cicchetti, 1989).

La presa de decisió de la separació de l'infant del seu nucli natural no és pas fàcil i comporta un elevat grau de responsabilitat, tant pel que fa a l'establiment de la protecció de l'infant com pel canvi que s'introdueix en l'estructura familiar; ambdues variables tenen importants repercussions en la vida de l'infant i de la família.

En una situació normalitzada, és en el context familiar, on es desenvolupen les conductes que han de portar a l'adaptació social i a la generació d'una personalitat sana i estable. Els climes socials i de relació que envolten els infants poden actuar, segons la seva qualitat, com a potenciadors de les capacitats d'adaptació o, al contrari, generar dificultats d'adaptació i impedir l'establiment de les competències crítiques, amb repercussions psicopatològiques importants (Cicchetti, 1989, Díaz-Aguado, 1996).

Greenspan, 1981, exposa que al llarg dels primer anys de vida el clima familiar acollidor, delicat, confortable, previsible i interessant per a l'infant permet l'autoregulació de la conducta i el desenvolupament de vincles afectius rics, sobre els quals se sustentarà un desenvolupament harmònic i afectiu positiu. Les capacitats que els progenitors o les persones que tenen cura dels infants manifestin amb relació a la lectura i la resposta a les necessitats dels infants, la capacitat d'acceptar l'autonomia i la iniciativa dels infants, i la disponibilitat per a vetllar per l'estimulació i l'equilibri de la conducta emocional dels infants, generarà en aquests infants les pautes de l'intercanvi comunicatiu i de la conducta emocional i social futura.

Els infants que entren en el centres d'acolliment no han pogut rebre aquestes atencions del seu context, o els han quedat truncades en un determinat moment. Si es determina la separació de l'infant del seu nucli familiar, almenys temporalment, és perquè es pressuposa la presència d'ambients caòtics, invasius, perillosos o abusius amb relació a la seguretat dels infants o se'n tenen proves; també pot donar-se el cas d'ambients hipoestimulants, distants, impersonals o negligents amb relació a la satisfacció de les necessitats bàsiques, físiques i psíquiques dels infants.

La separació de l'infant del nucli vital i protector produeix interferències en el seu desenvolupament socioemocional. La literatura psicològica clàssica ha descrit la síndrome d'hospitalisme i la reacció depressiva anaclítica (Spitz, 1945, 1946), com també les síndromes de comportament buit (Krisler, 1985), com a manifestacions de l'estat d'indefensió en el qual entra un infant quan és desvinculat i mancat de la protecció i de la qualitat de la relació humana.

Spitz (1945, 1946) va identificar dues patologies infantils vinculades a la manca d'atencions i de cura. La síndrome d'hospitalisme es presentava en aquells infants que eren traslladats a un context que generava greu privació d'estímul, com era el cas dels orfenats a l'inici de segle XIX. Encara que les atencions físiques fossin adequadament ateses (alimentació, neteja, vigilància mèdica, tal com passa en una situació hospitalària), l'aïllament emocional i social provocava un greu deteriorament en el desenvolupament dels infants, que es reflectia en una pèrdua significativa de les capacitats cognoscitives. La depressió anaclítica –caracteritzada per l'increment de plors, pèrdua de pes i detenció del desenvolupament–, s'atribueix a una carència afectiva parcial provocada per la separació de les fonts habituals d'estimulació afectiva durant llargs períodes de temps i iniciada en el període crític del desenvolupament comprès entre el 6è i el 8è mes; període en què es produeix el reconeixement i el rebuig (expressió de temor) a la figura de l'estrany. Aquests símptomes depressius són deguts a les interferències que la separació del nen de les fonts d'estimulació social i emocional produeixen en les conductes de vincle (Rutter, 1979).

La síndrome del comportament buit en el nen petit, ha estat descrita per Krisler (1981). Es caracteritza per la fredor emocional de l'infant, la indiferenciació de la relació d'objecte, la pobresa en les activitats d'exploració i l'absència de la reacció d'estranyesa a l'adult en el moment pertinent. És un fenomen derivat de la carència afectiva primerenca i permanent i pot establir-se com a efecte de les discontinuïtats de les relacions afectives amb els progenitors (i, en la línia psicodinàmica en què s'ubica el concepte); la discontinuïtat de la relació és especialment referida a la mare.

Però, què passa quan un infant és separat d'un context que li és advers des de la perspectiva afectiva i de subsistència física? En aquests casos s'inverteix el problema i la qualitat de la relació humana dels professionals dels centres o dels serveis hospitalaris que els atenen, introdueixen molts factors intermediaris de protecció⁹ (tracte afectuós, contacte físic, sensibilitat, estimulació, equilibri, estima, satisfacció per les accions, etc.), la qual cosa potencia la capacitat de resistència o de fortalesa psicològica de l'infant i actua frenant un futur desenvolupament psicopatològic.

9. La funció de la DGAIA en els casos que ens ocupen és *a)* assumir les funcions tutelars que corresponen al fet de la suspensió de la pàtria potestat als pares, com a mesura de protecció immediata, *b)* establir la diagnosi de la situació familiar, i *c)* formular una proposta de solució, pertinent al cas, que resolgui el conflicte generat de la millor forma possible en benefici de l'infant.

En aquest capítol es posa en relleu com els infants maltractats quan són separats bruscament dels seus contextos naturals, més que no pas entrar en una situació personal similar o pròxima a la de la síndrome d'hospitalisme, entren en un ràpid procés de millora i de creixement (tant físic com psicològic). Aquest fenomen, que denominem **hospitalisme invers**, és la comprovació fefaent dels danys i del desequilibri vital que el context (personal i físic) estava generant en l'infant. La constatació de l'evolució positiva dels infants, del seu creixement físic i emocional, és un dels arguments que en determinats casos poden ajudar a prendre les tan doloroses decisions de separar els infants dels seus entorns naturals.

Aquest capítol analitza els aspectes del desenvolupament dels infants ubicats en els centres d'acolliment següents.

- En primer lloc s'analitza l'aspecte físic (pes) dels infants en el moment d'ingressar en els centres.
- En segon lloc s'especifiquen les formes d'interacció que els infants mantenen amb el personal tècnic, els educadors i tot el personal que té cura d'ells. Es dedica especial atenció als hàbits d'higiene, alimentació i de dormir, i es procura identificar els indicadors de normalitat i les dificultats que els equips tècnics i educadors deixen palesos en els informes tècnics. També es procura rastrear les dades de recuperació, de la forma en què aquesta és apreciada pel personal tècnic que té cura dels infants.
- En tercer lloc, es presenten dades sobre el grau de desenvolupament global (cognoscitiu, psicomotor i lingüístic), i es tracta també d'apreciar l'estat dels infants a l'ingrés al centre i els indicadors de recuperació.
- Finalment, s'analitza el desenvolupament emocional a partir de les descripcions que els educadors i el personal tècnic fan paleses en els informes de les síntesis avaluatives. És a dir, s'analitzen els descriptors que els educadors i el personal tècnic emprava per parlar de la recuperació emocional dels infants.

Aspecte físic: pes

Diversos treballs han demostrat que el maltractament es pot manifestar amb problemes de creixement i de desenvolupament que afecten totes les edats, de tal manera que el retard en el creixement és considerat un dels signes d'alarma que, tant en l'anamnesi com en l'exploració psicològica, pot prendre el valor d'indicador de maltractaments o d'abandonament emocional (Martín, de Paul i Pedreira, 1995; Simón, López i Linaza, 2000).

Així, doncs, es va identificar aquesta dada en els dossiers dels quaranta-un infants que configuren la mostra, amb l'objectiu d'analitzar l'estat d'aquesta variable a l'entrada al centre d'acolliment com a indicador de l'estat de nutrició dels infants i com a indicador de la gravetat de la situació de maltractaments.

Per a poder fer una comparació de totes les dades relatives a aquesta variable s'han referit les dades del pes i les de l'alçada a les taules de creixement «Curvas de crecimiento», d'Hernández, Castellet, Garcia, Narvaiza, Rincón, Ruiz, Sánchez, Sobradillo i Zurrimendi (1990).

En la taula següent es reflecteix el pes dels infants en el moment de l'ingrés al centre d'acolliment, tal com és indicat en les històries clíniques dels infants.

Estat de desenvolupament manifestat a través del pes dels infants en el moment d'ingrés al centre d'acolliment

Centil	< 3	> 3 i < 10	> 10 i < 25	> 25 i < 50	> 50 i < 75	> 75 i < 90	> 90 i < 97	> 97	Manca de dades
Zona de la corba	1	2	3	4	5	6	7	8	
				zona normal					
Percentatge d'infants segons el pes	36,58%	14,63%	7,31%	7,31%	4,87%	4,87%	--	--	24,39%

Nota: S'han pres com a referència les corbes de desenvolupament d'Hernández, Castellet, Garcia, Narvaiza, Rincón, Ruiz, Sánchez, Sobradillo i Zurrimendi (1990).

Es constata que un percentatge d'infants que abraça el 51,21% presenta un baix pes a l'ingrés, ubicat en les zones 1 i 2 de les corbes de desenvolupament. El percentatge teòric que s'espera en aquesta zona és únicament del 10% dels infants. En la zona de normalitat-central, en la qual s'esperaria trobar teòricament un percentatge del 50% d'infants es troba ubicat únicament el 12,19% d'infants. La mostra analitzada confirma les dades bibliogràfiques relatives a les dificultats de creixement dels infants sotmesos a maltractament.

Els infants que presenten un desenvolupament normal i bo (superior a la mitjana de la corba, zones 5 i 6) són ben escassos, un 9,75%. Desconeixem fins a quin grau de probabilitat podrien pertànyer a aquest grup els infants sobre els quals hi ha manca de dades en els informes d'avaluació consultats. De totes maneres, les dades confirmen un clar biaix de la mostra vers les zones indicatives de greus retards de desenvolupament (en pes).

En els casos en què els expedients deixen constància de l'evolució del pes dels infants, entre un moment inicial i un moment de postmaltractaments s'aprecia la transformació de la dada del pes següent. El càlcul mostra els canvis en el pes dels infants expressats en les modificacions de zona en la corba evolutiva de desenvolupament.

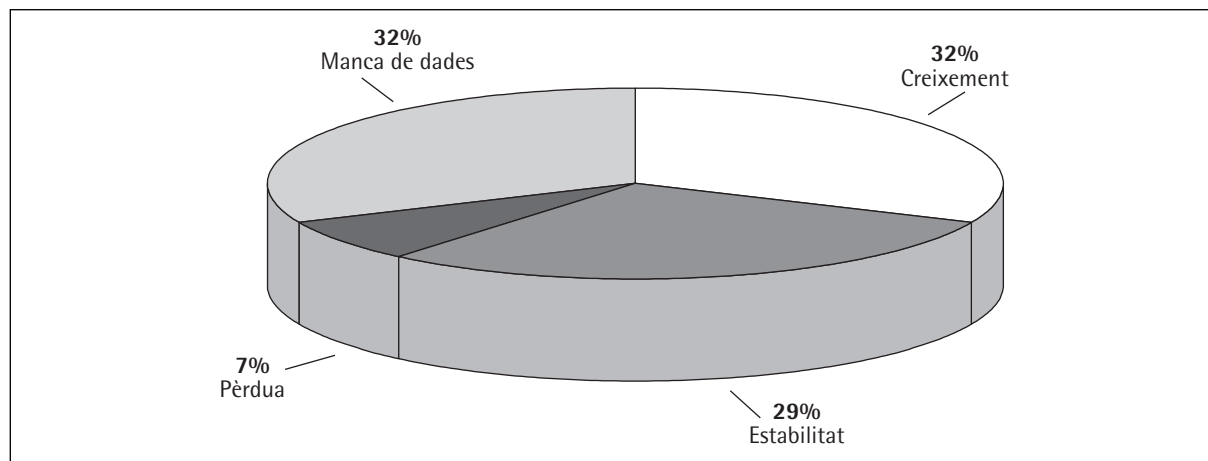
Canvis de pes en la zona de la corba evolutiva

Zones corba inicial	Zones corba en segona mesura	Efectiu	% sobre N =41 casos possibles	Sentit del canvi
1 i 2	1 i 2	11	26.82	Estabilitat en el pes baix
1 i 2	3 i 4	5	12.19	Creixement moderat
1 i 2	5 i 6	5	12.19	Creixement destacat
3 i 4	1 i 2	3	7.31	Pèrdua
3 i 4	5 i 6	3	7.31	Creixement moderat
5 i 6	5 i 6	1	2.43	Estabilitat en el pes normal – mitjà

L'evolució es manté estable, almenys per al 29,25% dels infants, si bé aquesta estabilitat té un signe irregular: un 26,82% dels nens no recupera pes, no canvia de zona en la corba evolutiva del pes, i un 2,43% es manté en un pes normal. Han presentat una evolució creixent el 31,69% dels infants, i presenten pèrdua el 7,31% dels casos (almenys en percentatges mínims).¹⁰

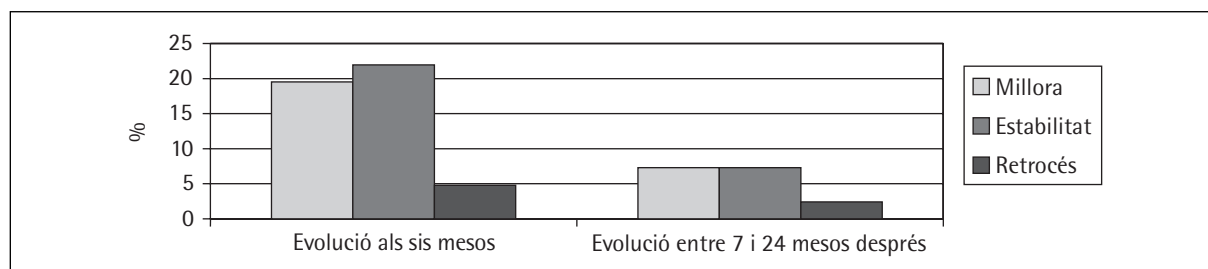
El gràfic següent il·lustra els percentatges obtinguts en l'evolució del pes:

Evolució del pes dels infants estadants en els centres d'acolliment



Aquestes dades, presenten la distribució següent segons el temps en què s'ha registrat el control. En els casos en què les dades de l'evolució del pes s'han pres en el primer mig any d'estada al centre d'acolliment, es constata un percentatge de millora del 19,51%, l'estabilitat es presenta en un 21,95%, i és de retrocés en un 4,8%. En aquells casos en què consten dades d'evolució a més llarg termini, entre 7 i 24 mesos, es constata que hi ha estabilitat en el 7,31%, creixement en el 7,31%, i retrocés en el 2,43%.

Evolució en pes segons el temps d'estada als centres d'acolliment



En l'estudi sobre la història clínica del nen maltractat, inclosa en aquest mateix llibre, es va constatar que un 23,08% de la mostra són infants que van néixer amb pes baix (< 2.500 gr.), dels quals el 12,21% van ser prematurs (nascuts entre les 35 i 32 setmanes de gestació). El que podem afirmar és que aquest retard perdura en els nens de 0 a 4 anys greument maltractats, i que és especialment remarcable en els infants de menys d'un any, ja que 8 dels 14 nens d'aquest grup presenten corbes evolutives infe-

10. Calculat sobre el total d'infants de la mostra.

riors i molt inferiors al centil 03. L'estada en els centres d'acolliment representa una millora del pes aproximadament en el 20% de la mostra. Els casos en què hi ha hagut retrocés haurien de ser analitzats amb detall segons les històries clíniques individualitzades.

La bibliografia informa que hi ha una interacció important entre les variables de pes baix en néixer i la indicació d'aquest fet com a factor de risc per al maltractament, com també entre la detenció del creixement i la indicació de maltractament (o conseqüència de conductes tòxiques de la mare en l'embaràs). No es poden establir relacions de causa-efecte entre ambdues variables a partir de les dades dels informes que s'han analitzat, però, no obstant això, es pot pressuposar que, a les edats estudiades, el fet de néixer amb pes baix pot ser tant causa com conseqüència de maltractaments o negligència previs, ocasionats pel rebuig de la vivència de maternitat i per la manca de cura de l'embaràs, i que aquest fet aguditza el factor de risc habitual del valor del pes baix pels maltractaments, tal com ja s'ha apuntat en el capítol sobre la història clínica de l'infant maltractat.

Així, l'estancament evolutiu del desenvolupament ja detectat en altres recerques –especialment quan els maltractaments es produeixen en un moment que les relacions afectives de relació de vincle estan en la fase activa de creació del vincle [període propi del segon semestre de vida (Bowlby, 1969, 1988)]–, pot ser alhora causa i fruit de maltractaments.

Interacció amb l'adult: hàbits i cura personal

Sota aquest epígraf han estat enfocats tres aspectes claus: les conductes relacionades amb els hàbits de neteja, d'alimentació i del dormir. Es tracta d'analitzar l'apreciació que l'equip de professionals ha donat sobre la conducta dels infants en aquests tres tòpics en els primers moments de l'estada de l'infant en el centre d'acolliment i d'apreciar l'evolució que es produeix en aquestes tres àrees.

Les tres situacions escollides són considerades habitualment determinants en la vida dels infants per a establir les pautes d'interacció social: desenvolupament de les pautes socials i de les normes de convivència. L'establiment de les seqüències d'interacció entre els infants i els qui en tenen cura (progenitors, familiars o especialistes) tenen la qualitat de constituir-se en estimuladors del desenvolupament cognoscitiu i social futur i en moduladors de les seves futures pautes de conducta. Els infants aprenen, a través de la interacció amb l'adult,¹¹ la diferenciació entre el jo i el no-jo, la distinció entre les persones i les coses, la identificació de la figura de vincle, el coneixement de les emocions, la representació de les fases d'una seqüència, l'establiment de relacions entre necessitat i satisfacció i l'intercanvi comunicatiu verbal i no verbal, com també la negociació de significats (Oleron, 1981). L'alteració en l'organització d'aquestes pautes pot provocar conflicte i desorganització psicopatològica (Kreiser, 1985). La riquesa i la qualitat del contacte de l'adult, i també l'acceptació del procés d'intercanvi per part de l'infant, potenciaran i determinaran diverses formes de vincle (Winnicott, 1953; Bowlby, 1992) que faran possible el desencadenament dels mecanismes de protecció i l'emergència de la conducta de fortalesa o de *resiliència*¹² (Rutter, 1979; Cyrulnik, 2002).

11. Tot i que es reconeix la base biològica que pot haver-hi en l'origen de les conductes d'identificació i reclam de l'altre a la recerca de protecció i seguretat, segons indiquen les teories etiològiques.

12. L'actual concepte de «*resiliència*» apel·la a la fortalesa psicològica i es refereix a la capacitat de reacció del ser humà davant situacions traumatitzants per la qual pot superar les ferides i les conseqüències psicopatològiques vinculades a la vivència de situacions d'alt risc.

Per a dur a terme l'anàlisi de les conductes d'**higiene, alimentació i son**, s'ha identificat en els dosiers de la DGAIA les descripcions donades pel personal tècnic i pels educadors sobre aquestes conductes específiques a l'entrada en el centre d'acolliment i en el moment de redactar l'informe de sortida del centre. Atès que aquests hàbits són diferents per a cada edat, s'ha segmentat la mostra en quatre grups: primer any de vida (infants que a l'entrada al centre d'acolliment presentaven menys d'1 any), segon any de vida (infants d'entre 13 i 24 mesos), tercer any de vida (infants d'entre 25 i 36 mesos), i quart any de vida (infants de 37 mesos i més grans).

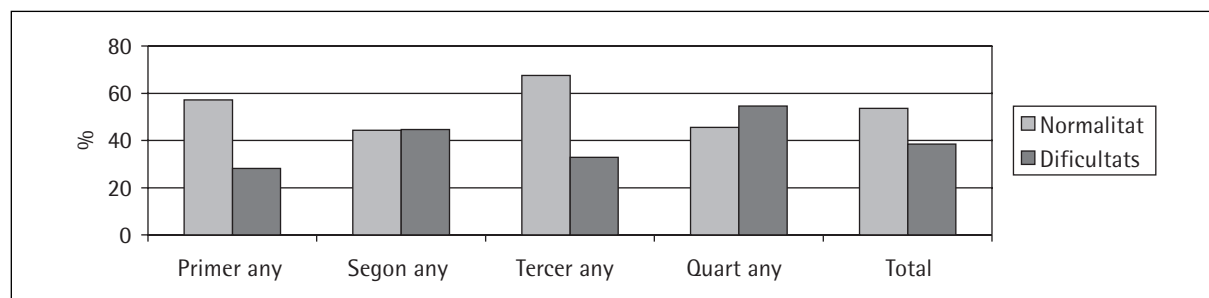
L'estudi de les diferències entre dades d'entrada i de sortida presenta una limitació. En els informes consultats –o en les síntesis d'avaluació– es reflecteix un resum elaborat pels educadors i els professionals tècnics, a partir de les seves vivències quotidianes amb els infants, i com a fruit dels registres d'observació elaborats dia a dia i de les proves diagnòstiques aplicades pels psicòlegs. No obstant això, tot i disposar d'aquests registres i de proves estandarditzades, en els informes analitzats es presenta una visió integrada, i comprensiva, adreçada als professionals de la judicatura. Per aquest fet es dona el cas que no sempre es poden extraure dades quantitatives de les síntesis d'avaluació que garanteixin l'objectivitat necessària. Cal, doncs, mantenir prudència en la interpretació de les dades.

Es presentaran, en primer lloc, els indicadors de normalitat o dificultat a l'entrada al centre d'acolliment i, en segon lloc, els indicadors de recuperació i de persistència de dificultats romanents al cap d'un temps d'estada al centre d'acolliment, el valor mitjà del qual se situa entorn dels vuit mesos.

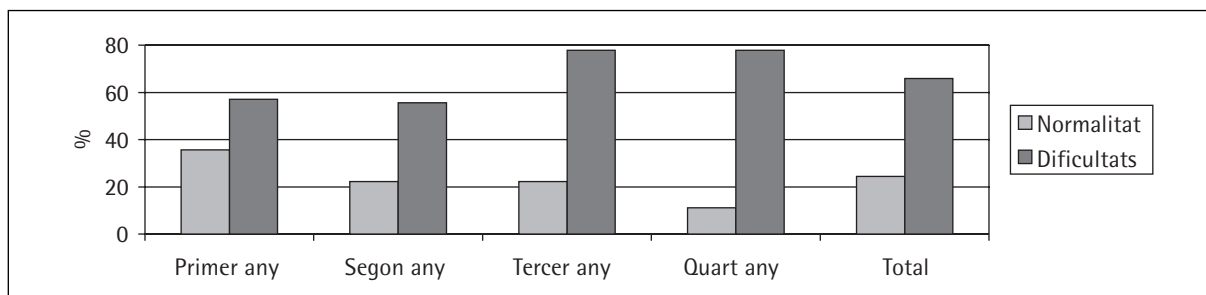
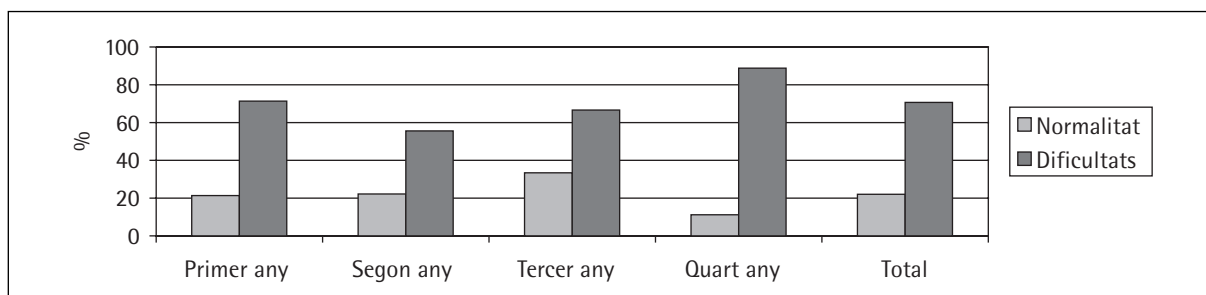
a) Indicadors de normalitat i dificultats a l'entrada al centre d'acolliment

En els gràfics i en la taula següents s'expressen els percentatges de subjectes que segons la informació donada pels educadors¹³ se situen en uns marges de normalitat o de dificultat en els aspectes analitzats.

Hàbits d'higiene: bany



13. Atès que en alguns informes poden faltar dades explícites, el càlcul de percentatges s'ha establert sobre el total de subjectes del grup (N=41). D'aquesta manera els percentatges són, en tots els casos, uns percentatges mínims quant a possibles afectacions.

Hàbits d'alimentació**Hàbits del dormir****Percentatge d'infants que presenten dificultats almenys en una, dues o en les tres àrees de bany, alimentació i son**

	1r any	2n any	3r any	4t any	TOTAL
UNA ÀREA	14,29%	33,33%	33,33%	44,44%	29,27%
DUES ÀREES	28,57%	55,56%	22,22%	22,22%	31,71%
TRES ÀREES	28,57%	0%	33,33%	44,44%	26,83%

Els educadors descriuen un major nombre d'indicis de dificultats en els dominis de l'alimentació i de la son que en el de la higiene. Les preocupacions i els conflictes més destacats evocats per les persones que tenen cura dels infants són els següents:

Higiene,¹⁴ bany:

- Dificultats per acceptar el bany (19,52% del grup total)
- Pànic, fòbies i aversions al bany (10% del grup total)
- Necessitat de rituals (2,43% del grup total)
- Absència d'hàbits de neteja (7,31% de tots els casos referits al grup de nens de 4 anys, especialment pel que fa a l'adquisició del control d'esfínters).

14. L'atribució de la conducta de cada infant s'ha fet a una única categoria. En cas de possibilitat d'atribució a més d'una categoria s'ha optat per presentar-la en la que implicaria major problema des de la perspectiva psicopatològica.

L'hàbit del bany s'ha pres com una variable d'anàlisi per la seva influència en el desenvolupament en els primers anys de vida. Les dificultats davant el bany afecten el 39,02% de la mostra, indiquen dificultats en l'establiment de pautes de relació amb l'adult a través de les rutines pròpies del bany. Els infants més grans presenten el percentatge més elevat de conflictes en l'acceptació del bany. No totes les dificultats són de la mateixa importància. Cal destacar, com a més importants, aquelles que reflecteixen conductes de caire psicopatològic (pànic, fòbies i aversions al bany: presents en un 10% de la mostra), o les que estan vinculades a la necessitat de seguiment de rituals com a mitjà de tranquil·litzar l'infant. Conductes que, si persisteixen, podrien tenir importants repercussions evolutives.

Alimentació:¹⁵

- Menjar poc, rebuig o negació a menjar, dificultat d'acceptació de nous gustos, de dieta variada (26,82% del grup total)
- Haver de péixer (4,87% del grup total, tots els casos pertanyen al grup de 4 anys)
- Manca de forces per agafar els coberts (2,43% del grup total, tots els casos pertanyen al grup de 4 anys)
- Fòbia a menjar (4,87% del grup total)
- Presses per menjar, voracitat desorganitzada, angoixa per menjar, pors a no ser alimentat (17,07% del grup total).

A l'entrada als centres d'acolliment hi ha indicis de desordre en els hàbits de menjar en un total del 65,85% d'infants. Aquestes dificultats d'alimentació són particularment elevades a l'edat de tres i quatre anys, en la qual el 77,7% dels nens de cada edat presenten problemes. Les alteracions s'organitzen entorn de: *a)* l'adopció de formes de rebuig de l'alimentació, dificultats d'acceptació de nous gustos, i fòbies a l'alimentació, i *b)* manifestacions d'avidesa o voracitat que són interpretades pels educadors com a «pors a no ser alimentats», o angoixes, i intranquil·litats davant els àpats.

Son:¹⁶

- Angoixa, malsons, pors, irritabilitat, intranquil·litat, terrors nocturns (29,26% del grup total)
- Balanceig en dormir (4,87% del grup total)
- Rituals (2,43% del grup total)
- Dificultats per conciliar el son, dificultats per anar a dormir, plors desconsolats quan se'l deixa a l'habitació (12,19% del grup total)
- No voler quedar-se sol a l'habitació, necessitat exagerada de contacte físic (9,75% del grup total)
- Ritme alterat, despertar-se a la nit o despertar amb plors, son lleuger (9,76 del grup total)
- Excés de son o de tranquil·litat (2,43% del grup total).

Les dificultats en els hàbits de dormir afecten un 70,73% dels infants. Els educadors vinculen aquestes dificultats a manifestacions d'angoixa (malsons, terrors nocturns, irritabilitats, pors, etc.) en un 29,26%. Les dificultats per a conciliar el son, el ritme alterat i les pràctiques que això comporta (reclam

15. Idem nota 2.

16. Idem nota 3.

dels braços de l'adult, necessitat de contacte físic, etc.) poden ser més habituals a la infantesa i trobar-se en població no afectada de problemes de maltractament; en conjunt aquestes conductes afecten prop d'un 20% del total. No així amb els balanceigs, o en els rituals específics, que indicarien dificultats més específiques.

Les conductes o manifestacions d'angoixa (terrors nocturns, irritabilitats, etc.) poden estar vinculades a les experiències primerenques frustrants o caòtiques i requereixen atenció especial.

Les alteracions simultànies **en els tres dominis** afecten un 26,83% dels infants de la mostra i corresponen de forma preferent al grup d'infants de més edat. Aproximadament un terç del grup d'infants presenta dificultats en una o en dues de les àrees avaluades.

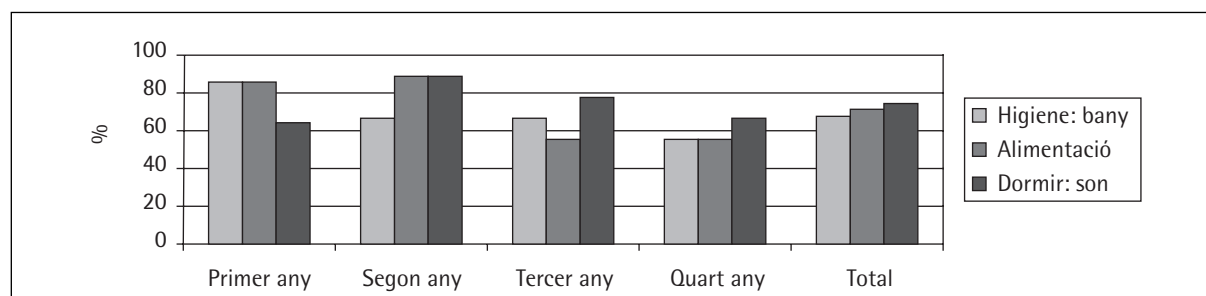
b) Indicadors de recuperació

Els educadors informen de molts indicadors d'evolució positiva de la conducta d'adaptació dels infants, durant la seva estada en els centres d'acolliment, i vinculades als tres dominis de desenvolupament abans esmentats: higiene, alimentació i son.

En l'estudi d'aquesta evolució es presenten algunes dificultats. No sempre queda prou expressat el temps exacte transcorregut entre l'entrada de l'infant al centre d'acolliment i el moment en què l'educador informa dels avenços fets per l'infant. El temps que transcorre entre l'entrada al centre d'acolliment i la redacció de l'informe està en valor mitjà entre sis i vuit mesos. S'escau, també, que la informació continguda en els informes procedeix de diferents professionals –tots els professionals que mantenen contacte amb l'infant informen diàriament de l'estat de l'infant– i, d'altra part, la informació sobre un mateix infant pot representar moments diferents segons les conductes expressades. No obstant aquestes dificultats, la informació continguda en els informes és la que l'equip tècnic considera rellevant per a ser transmesa al jutge en el moment en què s'ha de determinar l'acció legal a emprendre amb l'infant. A més, els informes emesos pel centre d'acolliment han estat consensuats entre tots els professionals que mantenen contacte amb l'infant, en sessions de recopilació i d'anàlisi dels casos. En aquest sentit pressuposem que la informació donada reflecteix de forma acurada, tal com exigeix un informe per a sustentar decisions legals, l'estat més rellevant i precís possible de l'infant.

En el gràfic i la taula següents s'expressen les dades relatives al progrés fet pels infants i la indicació de la persistència de dificultats.

Millora en els hàbits d'higiene, alimentació i son



Percentatge de casos i tipus de persistència de dificultats en els hàbits de neteja, alimentació i son, segons informació qualitativa proporcionada pels educadors

PERCENTATGES DE PERSISTÈNCIA DE DIFICULTATS EN ELS HÀBITS D'HIGIENE, ALIMENTACIÓ I SON					
	1r any	2n any	3r any	4t any	TOTAL
HIGIENE	No indicació de dificultats específiques.	Continuen problemes en un 33% dels infants d'aquest grup: – Evolució positiva inicial i posterior estancament – Persistència de plors en el bany	Un 33% dels infants d'aquest grup presenta: – Manca de control d'esfínters diürns – Absència de malestar en no anar net	Un 11,11% presenta dificultats: – Manca de control d'esfínters i presència de rituals	19,28%
ALIMENTACIÓ	Un 14,29% dels infants continua mostrant problemes: – Manifestacions regressives d'inapetència, ansietat i rebuig de gustos diferents	No indicació de dificultats específiques	Un 22,22% dels infants continua amb problemes: – Regressió en els hàbits (voler ser peixat) – Resistències davant de l'alimentació	Un 22,22% continua amb presència de dificultats – Rituals i lentitud en el menjar – Selecció en el menjar – Negació a ingerir aliments propis de l'edat	14,68%
SON	Un 14,29% dels infants mostra problemes: – Alteració del ritme son-vigília – Son lleuger i plors	Un 11,11% dels infants mostra problemes: – Angoixa per anar a dormir	Un 22,22% dels infants continua amb problemes: – Balanceig en anar a dormir – Presència de malsons	Un 33,33% presenta dificultats: – Pors a la foscor – Presència de rituals obsessius i – Necessitat de l'adult per anar a dormir	20,24%

- Els informes indiquen que els hàbits d'higiene, referits bàsicament a les sessions de bany, es converteixen de forma progressiva en sessions de plaer per als infants, la qual cosa permet una interacció social positiva amb els educadors. Les fòbies i les aversions al bany passen a ser moments de plaer, relaxació i, en general, es gaudeix del bany. Gairebé tots els infants van adquirint autonomia en els hàbits de neteja (bany, dutxa, participació en vestir-lo, pentinar-lo, etc.), segons les exigències de l'edat que els és pròpia. El progressiu benestar en aquest domini abasta més del 67% de la mostra. Són especialment els infants més petits, els més beneficiats d'aquesta interacció positiva. En les edats de tres i quatre anys, els problemes esmentats fan referència bàsica a la manca de control d'esfínters, tot i que encara no pot establir-se aquesta manca de control com d'afectació clínica. La reducció de conflictes, contrastada amb els percentatges d'afectació indicats a l'arribada al centre d'acolliment, és notòria: de la detecció d'un 39,02% de problemes es passa a un 19,28%, la qual cosa reflecteix l'adquisició d'un patró d'interacció positiva i satisfactòria per als infants.

- Quant a la conducta d'alimentació, cal destacar que ha aparegut una forta regularització, que es manifesta en l'acceptació del ritme dels àpats, i en l'acceptació de gustos i textures, en el pas al menjar autònom, i en l'adquisició dels hàbits d'estar-se quiets a l'hora de menjar (segons l'edat). Aquesta millora abasta el 71,42% de la mostra. A l'entrada al centre es detectava un 65,85% d'infants amb problemes d'alimentació, després de l'estada al centre queden un total de 14,68% de conflictes. Les situacions d'angoixa vinculades al procés d'alimentació (voracitat, pors a no ser alimentat, fòbies o negacions a les ingestes, etc.) han disminuït de forma considerable.
- Cal assenyalar que els problemes en l'esfera de la son es manifesten encara importants. Tot i que pot afirmar-se que aproximadament en un 75% de la mostra s'han regularitzat els hàbits referits a aquest domini, persisteixen dificultats en un 20,24% dels infants. La reducció és rellevant. Les millores queden expressades en el fet de dormir millor i el temps adient segons l'edat, i en la capacitat de consolar-se emprant els objectes transaccionals habituals (joguines, ossets, etc.) per conciliar la son. El contingut dels problemes que encara persisteixen fa referència a: *a)* pors a la foscor i necessitat de la presència de l'adult, *b)* lleugeresa de la son i plors en despertar-se, *c)* restes d'angoixa en anar a dormir i presència de malsons, i *d)* alteració del ritme de son i vigília. Cal, a més, destacar la presència de manifestacions de caire psicopatològic com ara el «balanceig en anar a dormir» present en un dels infants de 4 anys diagnosticat com a greu retard de desenvolupament.

En suma, l'estada dels infants greument maltractats als centres d'acolliment marca una evolució positiva en la majoria dels casos, malgrat estar en una situació teòricament adversa, separats brusquement dels progenitors. Els percentatges de millora permeten suposar que la situació de canvi i separació els ha estat beneficiosa. El conjunt de problemes ha disminuït de forma notòria amb relació als que eren evidents a l'entrada als centres d'acolliment. Alguns dels conflictes que persisteixen en aquestes edats poden ser considerats característics de la infantesa, la qual cosa no impedeix que hagin de ser tractats com a conflictes evolutius a resoldre en el temps més curt possible, i amb la màxima eficàcia. Altres característiques, (balanceig, rituals obsessius, malsons i angoixa, vòmits en ser alimentats, etc.) poden indicar la manca de superació del conflicte dels maltractaments i la presència de dificultats d'adaptació en grau clínic.

El fet que els percentatges de millora siguin més evidents en els grups d'infants més petits alerta sobre la importància que té l'actuació precoç davant els casos de maltractaments. Cal vetllar per identificar els maltractaments al més aviat possible, en la més primerenca edat possible, i cal donar als infants el caliu per a una ràpida recuperació.

La millora detectada permet pensar en una inversió del procés d'hospitalisme (o «hospitalisme invers») pel qual els infants, tot i estar separats del seu context natural, experimenten un creixement positiu que porta a pensar que l'agressió soferta era certament desestructurant.

Desenvolupament cognoscitiu, psicomotor i lingüístic

En el Projecte «Minnesota Mother-Child Project» (Egeland i Sroufe, 1981; Díaz-Aguado, 1996) es va demostrar que la situació de maltractaments, i especialment els maltractaments d'abandonament emocio-

nal, genera dificultats per a l'establiment d'una adequada relació de vincle (*apego o attachment*¹⁷) i produeix un descens significatiu en el desenvolupament avaluat mitjançant l'escala de Bayley (Bayley, 1977).

El retard cognoscitiu que sovint acompanya els maltractaments és atribuït a la manca d'experiències d'estimulació cognoscitiva, i apareix en la majoria de recerques com un dèficit que pot ser remuntat si es produeixen situacions compensatòries de prou qualitat (Baranal, Waterman i Martin, 1981; Darwish, Esquivel, Houtz i Alfonso, 2001). Així mateix, els problemes emocionals i de relació social – presents també en els infants maltractats i considerats una de les seqüeles principals dels maltractaments, amb repercussions a llarg termini –, s'entenen com a conseqüència de les irregularitats en la creació dels vincles de relació afectiva que acompanyen les situacions de maltractaments (Rutter, 1979).

En aquest apartat s'analitza l'estat evolutiu cognoscitiu, psicomotor i lingüístic dels infants a l'entrada en el centre d'acolliment i les descripcions de recuperació que són donades pels educadors. El greu maltractament rebut ha d'haver repercutit negativament en el desenvolupament d'aquests infants, i malauradament, pot reflectir-se en dèficits específics cognoscitius, verbals o emocionals. Però, l'estada en el centre d'acolliment ha de poder funcionar com una situació de compensació dels dèficits físics i emocionals, ja que és un lloc transitori de protecció personal que pretén crear vincles positius, restablir els vincles trencats amb els progenitors o determinar les possibilitats de generació de nous vincles amb famílies d'acolliment o d'adopció.

a) Indicadors de normalitat o dificultats a l'ingrés al centre

Les dades sobre el desenvolupament general cognoscitiu i psicomotor han estat obtingudes mitjançant les proves Brunet-Lezine (1978) o Bayley (1977) i, excepcionalment, en cas d'infants més grans, mitjançant l'escala d'observació del desenvolupament del Dr. Secades (2002), i en alguns dels infants de més edat, s'ha emprat la prova d'intel·ligència de Wechsler (1974) per a les edats preescolars (prova WPPSI).

Els registres consultats permeten entreveure que s'han emprat tècniques objectives per a analitzar el desenvolupament dels infants a l'entrada al centre d'acolliment en el 41,46% del casos, mitjançant les tècniques abans esmentades. En un altre 41,46% dels casos, els informes aporten dades que poden reflectir comentaris de proves objectives o apreciacions clíniques, encara que no constin explícitament. La qualitat de les observacions que són incloses en els informes demostra que són extretes d'un sistema d'observació sistemàtica basat en les escales de desenvolupament i també en proves psicològiques. No obstant això, en les síntesis avaluatives no s'ha reproduït la dada quantitativa, incloent-hi en canvi dades descriptives dels quadres evolutius.

En un 17,08% dels casos no consten dades d'identificació del desenvolupament del subjecte en el moment de l'ingrés al centre.

Això no obstant, hi ha la particularitat que sovint, incloent-hi aquells casos en què el test emprat aporta dades objectives, només es comenten i s'aporten dades dels aspectes que els informadors han considerat més pertinents de reflectir en l'informe. Per exemple, algun informant pot posar l'èmfasi quanti-

17. Emplem la paraula *vincle*, per referir-nos al concepte de *apego* o de *attachment*.

tatiu en les dades del desenvolupament motor, i aportar dades qualitatives del desenvolupament lingüístic. També pot haver-se donat el cas que els informadors hagin optat, tot i tenir dades objectives, per fer comentaris de tipus valoratiu. Sabem que entre alguns professionals –i especialment en els professionals del sector analitzat– existeix una postura de crítica i de certa reserva davant l'avaluació quantitativament informada,¹⁸ en prevenció del suposat ús iatrogènic que es podria derivar de l'aportació de dades quantitatives, i segons la posició psicològica teòrica des de la qual es treballa.

És conegut que les dades de Quocients de desenvolupament han de ser preses amb molta cura, amb relació a la seva capacitat de predicció del futur desenvolupament cognoscitiu. No obstant això, un nivell baix és indicatiu de presència de dificultats de desenvolupament, almenys en el moment en què es fa l'anàlisi. Els nens afectats de nivells baixos hauran de ser tractats mitjançant tècniques d'estimulació precoç.

El conjunt de dades (objectives i clíniques) sobre el desenvolupament global dels infants, indica que a l'arribada als centres d'acolliment es detecten els valors següents amb relació a la posició dels subjectes en la corba gaussiana.

Dèficits importants de desenvolupament en un 9,74% dels casos:

- 4,87% dels casos amb diagnòstic psicopatològic definit (psicosi i retard mental, aquest últim diagnosticat amb un 56% de disminució segons la valoració del centre d'atenció als disminuïts)
- 4,87% dels casos amb un índex de desenvolupament clarament deficient, per sota del valor estàndard CD = 70.

Dèficits en zona de risc en un 14,63% dels casos:

- 14,63% dels casos ubicats en una zona de risc, entre -2 sigmes i -1 sigma (valors estàndard compresos entre 70 i 85).

Normalitat baixa i normal en un 22,69% dels casos:

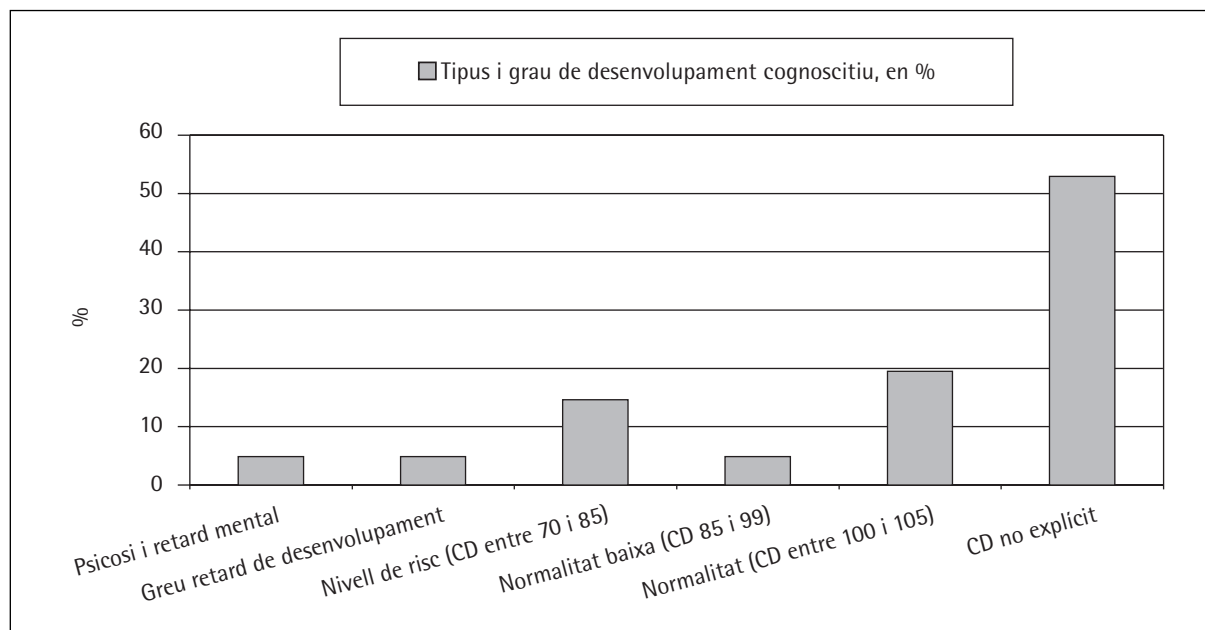
- 4,87% dels casos en zona de normalitat baixa (valors estàndard compresos entre 85 i 99)
- 19,51% dels casos en zona de normalitat (valors estàndards compresos entre 100 i 105).

Manca d'apreciació quantitativa específica cognoscitiva en la resta de casos (52,94%), per les raons abans esmentades.

Recordem que els percentatges d'afectació han estat calculats sobre el total de casos (N= 41), per la qual cosa els percentatges abans referits poden ser considerats els mínims quant a afectacions possibles. En el gràfic següent es troba il·lustrat el tipus de desenvolupament en valors percentuals.

18. L'equip que analitza les dades no comparteix aquesta visió, ans al contrari, creu que la quantificació, degudament analitzada des de la perspectiva de la informació que les dades aporten, és necessària per a valorar l'estat inicial dels infants, el seu progrés i l'acció psicològica dels centres d'acolliment.

Desenvolupament global cognoscitiu dels infants estadants en centres d'acolliment

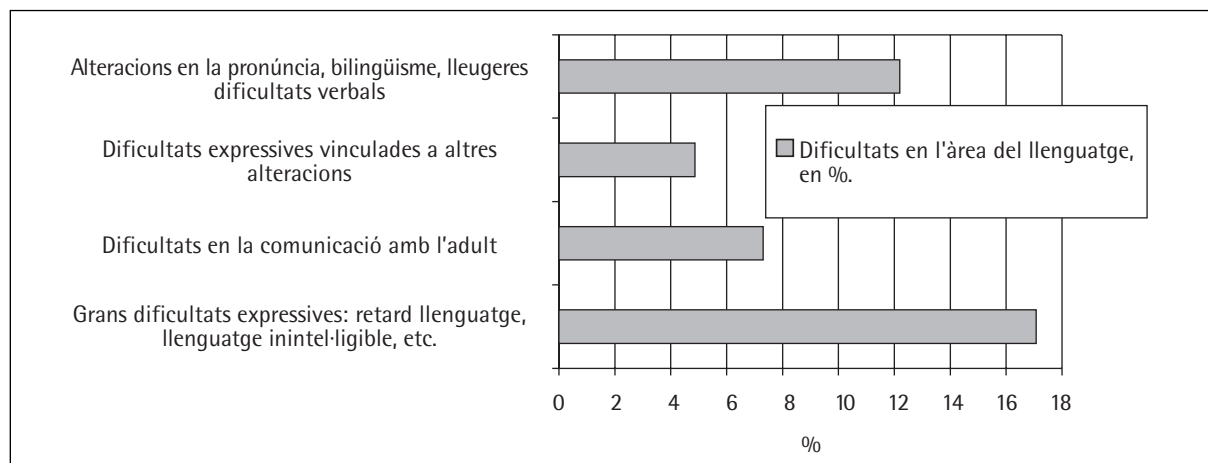


Queda palès que almenys en un 9,74% hi ha presència de dèficits importants, quan els estàndards de normalitat acceptarien un percentatge del 2,5%. La suma de les tres primeres columnes del gràfic marca la presència d'un total de 24,34% de conflictes, a on s'hauria de detectar com a màxim un 16%. Hi ha, per tant, un biaix de la població vers els valors baixos en desenvolupament global.

Les **dificultats de desenvolupament lingüístic** (retard de llenguatge, llenguatge inintel·ligible, grans dificultats expressives, reducció verbal, manca de balbuceig dins la primera edat, etc., no subsidiàries a alteracions cognoscitives) afecten un mínim de 17,07% dels infants. Les dificultats específiques de comunicació amb l'adult afecten un 7,31%; altres dificultats verbals d'afiliació coneguda (psicòtic sense parla i retard mental) afecten un 4,87% de la mostra, i finalment, dificultats diverses i d'ordre menor (alteracions de pronúncia, o lleugeres dificultats verbals, i també dificultats vinculades al coneixement de l'idioma) afecten un 12,19%. El conjunt de dificultats importants en el domini verbal afecta aproximadament i com a mínim un terç de la mostra (29,26%) i el de dificultats menors o específiques un 12,19%. La taxa global se situa en un 41,44% com a mínim.

El gràfic següent il·lustra aquestes dificultats en el domini verbal.

Del conjunt de dades cal concloure, doncs, que el nombre d'infants afectats per problemes de desenvolupament és superior al que és propi de la població comunitària.

Desenvolupament del llenguatge en infants estadants en centres d'acolliment

Aquestes dades són consistents amb les de Barahal, Waterman i Martin (1981), els quals troben que els nens maltractats¹⁹ de 6 a 8 anys puntuen més baix que els nens de grups control, en proves cognoscitives.

Per a una correcta interpretació de les dades que hem exposat, cal fer els comentaris següents:

L'elevat grau de professionalitat dels equips tècnics i dels educadors que treballen en aquests centres, i la perspectiva teòrica en què se situen, fa que aquests professionals treballin amb una gran prudència, procurant afavorir al màxim els infants. Aquesta conducta queda manifesta en dos fets.

- L'exploració psicològica d'aquests infants no es fa immediatament a l'entrada als centres d'acolliment, sinó que sovint s'espera un temps prudencial (dies, setmanes) i se selecciona un moment d'exploració òptim, en el qual l'infant comença a estar tranquil i a mostrar una certa adaptació a la nova vida al centre d'acolliment.
- No es vol deixar testimoni escrit oficial que pugui danyar la imatge dels infants i afectar el seu futur. Per aquesta raó, en els informes consultats predominen les dades apreciatives de tipus valoratiu per sobre de les quantitatives, la qual cosa dificulta l'objectivitat de l'anàlisi que aquí es presenta.
- Per tot això, les dades que hem comentat tenen major importància i són dignes de tenir en compte, ja que presenten un important grau d'afectació en el desenvolupament, superior al que seria d'esperar en una població d'infants no maltractats. No es tracta probablement d'una reacció momentània, fruit de la reactivitat davant la vivència d'una nova situació, sinó que reflecteix dificultats de caire més estable que, si perduessin, podrien traduir-se en greus dificultats evolutives per als infants acollits. Així, doncs, es detecten repercussions d'alentiment i d'alteració del procés de desenvolupament dels infants, que els calen pràctiques d'estimulació primerenca i en alguns casos tractament psicoterapèutic, tal com estableix la literatura sobre el tema.

19. En el seu cas per abús sexual.

b) Indicadors de recuperació al cap d'un temps d'estada al centre

La infantesa és un període caracteritzat per la rapidesa dels canvis evolutius. Els canvis en les adquisicions, en intervals de dies o de mesos, són espectaculars. No és, doncs, d'estranyar que en la majoria dels casos els equips tècnics i educadors deixin constància en els informes de valoracions altament positives del desenvolupament dels infants residents en els centres d'acolliment.

Els educadors són prolífics en la descripció dels petits avenços que cada infant fa, i destaquen els aspectes més valuosos de les diferents àrees, la qual cosa expressa un bon coneixement dels infants. Però, què representen aquests avenços amb relació a l'estat inicial de l'infant i amb relació als estàndards que per edat serien adequats? Són aspectes que queden, certament, confosos entre la totalitat de les dades.

En la taula següent es pot veure les indicacions sobre el progrés aconseguit. S'indica en quina mesura es disposa de dades quantitatives inicials i finals, que permetin apreciar l'evolució de forma coherent, i en quina mesura les dades són qualitatives o mixtes i parcials. S'indica, així mateix, el percentatge dels canvis detectats, segons el progrés positiu, previsible i la lentitud o estancament.

Indicacions sobre el progrés en el desenvolupament

INDICACIONS SOBRE EL PROGRÉS EN EL DESENVOLUPAMENT			
Tipus d'informació sobre el progrés		Canvis detectats	
Evolució informada quantitativament (inicial i final, o únicament fase final):	21,95%	Progrés positiu	51,21%
Evolució informada qualitativament:	46,34%	Progrés esperat segons nivell inicial	12,19%
Evolució informada qualitativament sense referència inicial:	9,75%	Lentitud o manca de progrés	14,63%
Informació no explícita	12,06%	Informació no explícita	21,26%

Si es fa atenció a la informació proporcionada quantitativament o qualitativament, es pot concloure que l'evolució és indicada com a positiva o com a equivalent al que era previsible segons les dades inicials en el 63,41% dels casos. La lentitud evolutiva, la manca de progrés i la indicació de dificultats comprenen el 14,63% dels casos.

Atesa la naturalesa de les dades és suficient informar que, segons l'opinió del personal tècnic i dels educadors i del personal que té cura dels infants, el progrés dels infants en el centre d'acolliment és altament positiu. Cal, no obstant això, tenir en compte el percentatge del 14,63% dels infants que avancen lentament o en menor mesura del que seria desitjable. Pot tractar-se d'infants molt malmesos i amb dificultats de posar en funcionament estratègies de defensa i d'afrontament de la seva situació, compromentent la *resiliència* o la fortalesa que desitgem per a tots els infants.

Comportament i resposta emocional

Per a l'anàlisi de la conducta emocional dels infants s'han considerat dos aspectes: aquelles conductes que reben el nom d'*internalitzades* i que es tradueixen en dèficits emocionals expressats mitjançant conductes d'evitació, angoixa, somatitzacions i inhibició, i aquelles manifestacions de tipus actiu que reben el nom d'*externalitzades* i que es tradueixen en conductes d'excitació motora, agressivitat i distorsió de la vida social (Achenbach, 1995; Kirchner, Torres i Forns, 1998).

a) Conductes internalitzades a l'entrada al centre d'acolliment

Segons les indicacions dels tècnics i educadors dels centres, en el grup d'infants analitzat es multipliquen les manifestacions de conductes de replegament sobre si mateixos. El cúmul d'indicadors següents suggereixen l'establiment d'un vincle insegur i evitatiu que pot coexistir, en determinats casos, amb la presència d'una posició depressiva. Les diferents conductes *internalitzades* expressades poden presentar-se de forma simultània en els infants, raó per la qual els percentatges de presència de dites conductes supera en escriure el total del 100%.

El personal tècnic i educador proporciona els indicadors següents:

- **Conductes d'inhibició i d'evitació de contacte:**

Aquestes conductes s'expressen mitjançant diverses formes d'aïllament i de passivitat, tal com:

- manca d'interès
- escassa resposta motora, escassa mobilitat
- resposta apagada als estímuls, manca d'interès pels objectes
- escassa conducta exploratòria
- manca d'expressivitat
- absència de joc o joc solitari
- rebuig al contacte
- actitud passiva, apagada
- poca expressivitat facial
- resistència a ser explorat o analitzat, etc.

En conjunt, aquests tipus de conductes expressen dificultats per establir contacte amb l'adult i amb l'entorn, o la negació a establir contacte com a defensa davant les agressions de l'entorn. El 43,9% dels infants mostren aquestes conductes els primers dies d'estada al centre d'acolliment.

- **Conductes expressives de tristesa:**

Aquestes conductes s'expressen mitjançant les formes següents:

- plor (inconsolable, fort, desesperat, etc. o massiu, indiferenciat, no discriminat)
- gemecs massius i indiferenciats
- absència de plors (conducta «buida»)
- labilitat emocional
- irritabilitat

- *mirada i actitud trista, recollida sobre si mateix*
- *manca de somriure o de contacte visual*
- *manca de tolerància a la frustració*
- *manteniment de distància davant les mostres d'afecte.*

El 58,53% dels infants presenten indicadors d'aquest tipus. Els infants no únicament presenten un replegament sobre si mateixos des d'un punt de vista de l'activitat motora o física, sinó que presenten també un replegament de la seva vida emocional. Un total de 65,85% dels infants mostren alhora signes de conducta trista i d'evitació. La presència d'ambdues afectacions incrementa el potencial de risc evolutiu en la seva vida emocional.

• **Conductes de manca de reacció a les necessitats i davant el dolor físic:**

Aquestes conductes impliquen la manca de resposta en situacions en què es pressuposa la presència de necessitats o de dolor en un grau d'intensitat tal que hauria de desencadenar reaccions emocionals (demandes, plors, intranquil·litat, irritabilitat, etc.).

Les indicacions d'aquestes conductes són:

- *manca de queixes davant la presència de mal físic*
- *manca de reacció davant la gana o quan es va brut*
- *inhibició de reaccions de protesta, etc.*

Aquesta manca de reacció ha estat considerada com un mecanisme de defensa. L'objectiu de la defensa seria de reduir al màxim les necessitats per evitar el sofriment i l'estrès que es poden derivar de la seva manifestació, i equivaldria a una resposta de negació d'un mateix. Indiquen la presència d'un alt grau de sofriment emocional. Un 14,6% dels infants han presentat aquest tipus de manifestacions clíniques.

• **Conductes autolesives:**

Aquestes conductes han estat presents en un 12,2% dels infants analitzats i han anat acompanyades de moviments estereotipats, i d'alguns tipus de balanceig. Les manifestacions clíniques són:

- *donar-se cops de cap contra objectes (llit, paret, etc.)*
- *mossegar-se els llavis*
- *esgarrapar-se*
- *rascar-se fins a fer-se petites lesions a la pell, etc.*

Es tracta de conductes dirigides en contra de la integritat personal, que manifesten el desconeixement dels límits del propi cos (Ajurriaguerra i Marcelli, 1982). S'han observat en encefalopaties profundes i en psicosis infantils, i són també presents en greus estats de carència emocional.

• **Manifestacions d'angoixa:**

Sota aquest paràgraf es recull un conjunt de símptomes que indiquen: a) pors, b) vigilància extrema, c) expressió d'inseguretat i d'inquietud i d) regressions en la conducta.

En són exemples els indicadors següents:

pors:

- pors específiques (a un «bitxo», a la sirena, al soroll de les portes, etc.)
- pors i plors davant les conductes enfadoses dels adults
- reaccions de pors enfront de la separació d'un dels membres parentals
- por a sortir de casa, o de l'habitació

vigilància:

- estat de màxima vigilància de tot el que passa a l'entorn,

inseguretat, inquietud:

- moviments sense control, intermitents i impulsius de les extremitats: agitació
- reacció de desesperació
- tapar-se la cara davant les dificultats

regressions de la conducta:

- adopció de conductes pròpies d'una edat inferior.

Les pors específiques apareixen en un 7,3% dels infants, les conductes d'hipervigilància en un 7,3%, les conductes d'inseguretat, inquietud i regressions en un 17,07%.

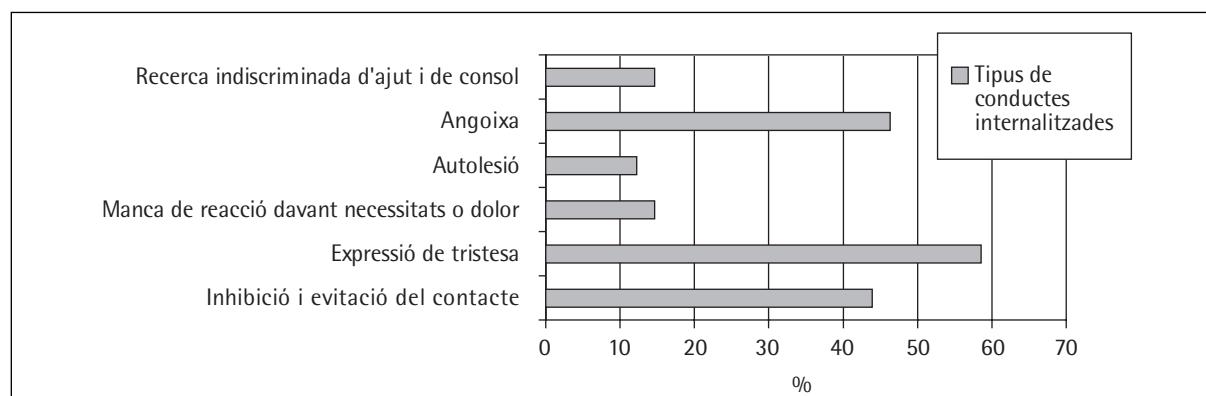
El conjunt de reaccions d'angoixa és present en un 46,34% dels infants, segons les observacions dels educadors.

• **Conductes de recerca indiscriminada de consol i d'ajut:**

Aquestes conductes han estat presents en un 14,6% dels infants analitzats. Interpretem que es tracta d'una estratègia activa de recerca de relació, que pot tenir una lectura satisfactòria, si bé la manca de discriminació de la font de consol, especialment en edats de creació de vincles, pot expressar un grau d'ansietat i d'insatisfacció.

En el gràfic següent es poden veure les manifestacions clíniques de tipus *internalitzat* més freqüentment informades pel personal tècnic i educador. Els percentatges indicats posen en relleu que en la majoria dels casos s'informa de la presència de més d'una conducta clínica.

Conductes internalitzades informades pels equips tècnics i educadors en els infants estadants als centres d'acolliment



El conjunt de dades permet interpretar que les conductes internalitzades adoptades pels infants són importants, i poden constituir-se en factors de risc per al futur desenvolupament emocional. L'elevat nombre de conductes d'inhibició i evitació, com també de tristesa i de manca de reactivitat davant les necessitats i el dolor, permet concloure que els vincles establerts prèviament són insegurs (evitatius i ambivalents). Aquesta simptomatologia ens condueix al trastorn per estrès posttraumàtic, recollit en la Classificació diagnòstica de 0-3 anys (DC-1998).

Una de les tasques que el personal tècnic i educador haurà de dur a terme amb major dedicació serà restablir la seguretat del vincle emocional (Ainsworth, 1980) procurant que l'infant retorni a la seguretat necessària per a prosseguir en el camí de la resistència o fortalesa (*resiliència*) i del desenvolupament equilibrat, fent activa la capacitat personal de regeneració enfront de les agressions (Cyrułnik, 2002).

b) Conductes externalitzades a l'entrada al centre

Les conductes externalitzades no sembla que siguin excessivament freqüents en els infants analitzats en el moment d'entrada al centre d'acolliment. El personal tècnic i educador destaca algunes conductes externalitzades globals, i diverses conductes específiques que afecten la relació amb els altres infants:

- *dispersió*
- *hiperactivitat*
- *rebequeries*
- *conductes de descàrrega sobre els companys (cridar, mossegar, baralles, etc.).*

El conjunt indica la presència d'un 14,63% dels nens amb manifestacions d'aquest tipus.

Es pot interpretar que aquest tipus de conducta es presenta de forma molt més esporàdica que les conductes d'internalització, i sembla que van més dirigides als companys que a l'adult.

c) Canvi en les conductes internalitzades al llarg de l'estada als centres d'acolliment

De la mateixa manera que la vida al centre d'acolliment ha permès que els infants avancin en les seves adquisicions d'hàbits i en el desenvolupament vital, psicomotor i cognoscitiu, és d'esperar que l'evolució en el domini afectiu i emocional sigui igualment present i detectable. Les descripcions de conductes que el personal tècnic i els educadors empren per indicar aquesta evolució són les següents:

- ***Restabliment de vincles i de l'expressió emocional:***

El pas vers l'acceptació de l'adult i l'increment de la relació emocional amb ell es presenta a poc a poc. Augmenten les conductes que expressen la superació dels estats de passivitat i d'aïllament, i molt especialment les de trencament de la relació afectiva.

Els educadors i el personal tècnic expressen aquest canvi de conducta amb les observacions següents, que es detecten en el 60,97% dels infants:

- *expressió de manifestacions afectives (somriure, petons, abraçades, etc.)*
- *recerca de contacte amb l'adult*
- *interacció positiva i relació tranquil·la amb l'adult*

- *disminució de les conductes de persecució i de recerca indiscriminada de l'adult*
- *tolerància a la separació de l'adult i a alguna rondinada seva*
- *aprendre a queixar-se amb diferents manifestacions (gest, mirada, moviment, etc.)*
- *ús d'estratègies de seducció per aconseguir allò que es desitja*
- *mostres de felicitat i afecte davant la recepció d'atencions de l'adult*
- *diferenciació de l'adult a qui es pot tirar als braços i a qui no pot fer-ho*
- *restabliment de vincles forts amb algun dels progenitors.*

És a dir, l'expressió emocional comença a ser emprada amb naturalitat com a forma de contacte amb les persones de l'entorn (mantenir la mirada, somriure, seguir amb la mirada, fer petons, etc.).

• **Increment de la conducta social:**

En un 41,46% dels nens es detecta un increment de la conducta social durant la seva estada als centres d'acolliment. Les conductes de sociabilitat s'acomoden a l'edat que els pertoca i disminueixen aquelles conductes que impedièen la correcta sociabilitat (l'aïllament).

Així, els educadors informen d'un increment de les conductes de:

- *manipulació d'objectes*
- *observació de l'entorn*
- *parla*
- *participació en els jocs*
- *desinhibició en la conducta d'exploració*
- *ús del riure i del plor amb finalitats socials (fer-se notar, demanar coses, etc.)*
- *adopció de rols de lideratge*
- *expressió de dolçor amb els infants més petits*
- *possibilitat de defensar-se en situació de conflicte de grup*
- *recerca d'amics per a jugar*
- *bona relació empàtica amb el grup, integració positiva en el grup de nens del centre d'acolliment.*

Aquest conjunt de conductes implica l'obertura de canals comunicatius afectius (motors, verbals, visuals, auditius) que permeten vehicular el contacte emocional i social amb l'entorn.

• **Control de l'excitabilitat i de l'angoixa:**

Un 51,22% dels infants ha aconseguit controlar l'expressió d'irritabilitat i d'angoixa, detectada en els inicis de l'estada al centre d'acolliment. Segons els educadors, els infants, al poc temps d'estar en el centre, es manifesten més calmats i tranquils, i estan disponibles en major mesura per a establir les bases de la relació humana i de l'intercanvi comunicatiu.

Les conductes que expressen aquest canvi són del tipus següent:

- *canvi vers l'expansió positiva del caràcter:*
- *més alegre, somriure, rialles, tranquil·litat, relaxació, seguretat*
- *desaparició de les pors*
- *abandonament de la conducta d'autolesió*

- remissió de l'agorafòbia
- major tolerància a les frustracions
- millora de la comunicació no verbal²⁰

• **Indicadors de desvetllament intel·lectual:**

Aquestes conductes s'expressen a través de les manifestacions de curiositat i de contacte amb l'entorn i els objectes, i també en conductes indicatives de l'ús de la capacitat de representació:

- curiositat per les coses que l'envolten
- joc amb les mans (els més petits)
- increment de la conducta exploratòria i de l'activitat envers l'entorn
- ensenyar a l'adult els aprenentatges que ha estat capaç de fer
- millora del llenguatge (expressiu i comprensiu)
- recerca de joguines i desenvolupament de la conducta lúdica simbòlica.

Aquest conjunt de conductes és indicat per als educadors i el personal tècnic en un 29,26% dels infants.

• **Possibilitat de verbalitzar el patiment sofert:**

Aquesta conducta es presenta únicament entre els infants amb prou capacitat de representació i en possessió del llenguatge expressiu. Un 4,87% dels infants ha estat capaç d'expressar verbalment el sofriment dels maltractaments soferts.

• **Persistència de conductes internalitzades:**

No totes les conductes indicatives de sofriment han pogut ser eliminades en el període d'estada al centre d'acolliment (que és una mitjana de vuit mesos). Els educadors i el personal tècnic informa d'infants a qui els costa establir un canvi en la seva vida i una estabilitat emocional.

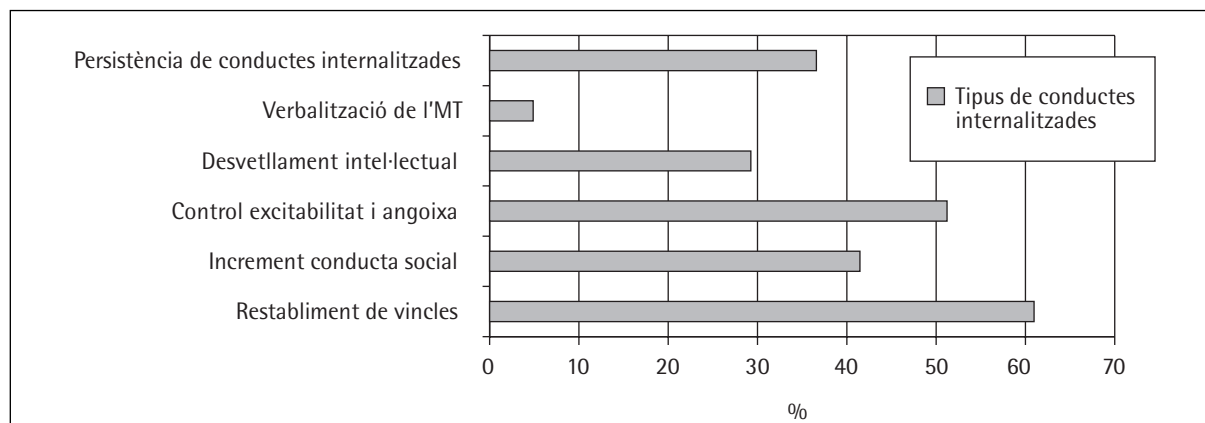
Entre les conductes citades com a persistents s'esmenten:

- inhibició, manca de connexió visual amb l'interlocutor, en un 12,19% dels infants
- dependència de l'adult, plors exagerats, manca de tolerància a la frustració, en el 9,75% dels casos
- dificultats per a ser calmats en el plor o desconsol, mostra de desconfiança, pànic, augment de les angoixes davant nous canvis, temors a noves pèrdues o davant de persones desconegudes, temors a rebre, en un 17,07% del casos
- reaccions de tipus compulsiu o d'agitació motora, en un 4,8% dels infants.

En conjunt aquestes conductes indicatives del fet que els problemes perdurin són mostrades per un 36,58% dels nens. Ho són de forma esporàdica i segons la situació, i indiquen la gravetat de les lesions sofertes.

En el gràfic següent s'expressen les conductes indicatives de canvi en els nens com a fruit de la seva estada als centres d'acolliment.

20. Aspecte que es vincula amb la d'increment de la relació social, abans comentada.

Canvis en les conductes internalitzades en els infants estadants als centres d'acolliment

Tot i l'optimisme que traspuja en els informes relatius als canvis generats en els infants quan són acollits en els centres d'acolliment, els educadors i el personal tècnic mantenen un realisme prudent amb relació a les dificultats que encara perduren en els infants. Cal pensar que tot i que es van establir les conductes positives de restabliment de vincles, increment de la conducta social, major capacitat de control, etc., en determinats moments, pel curt període de temps que s'està en el centre d'acolliment, persisteixen conductes internalitzadores de gravetat (temors a noves pèrdues, temors a rebre, reaccions compulsives, etc.) que indiquen que la lesió rebuda està encara en fase de revivència en determinades situacions.

d) Canvi en les conductes externalitzades al llarg de l'estada als centres d'acolliment

Les conductes externalitzades a l'entrada als centres d'acolliment eren indicades en baixa intensitat pel personal tècnic i pels educadors dels centres d'acolliment.

Perduren conductes externalitzades del tipus:

- *agressivitat i desconfiança vers l'educador* en un 4,88% dels infants,
- *reaccions oposicionistes (desafiament), actuació com més petit del que per edat pertoca (regressions)* en un 7,31% dels infants
- també són notòries les conductes *agressives envers els companys*, expressades en accions com:
 - *pegar, mossegar*
 - *fer mal als més petits*
 - *prendre les joguines als altres, voler tot allò que tenen els altres*
 - *no voler compartir*
 - *gelosia i protestes (cops, plors, prendre el xumet, etc.) en relació amb les atencions que es dispensen als més petits.*

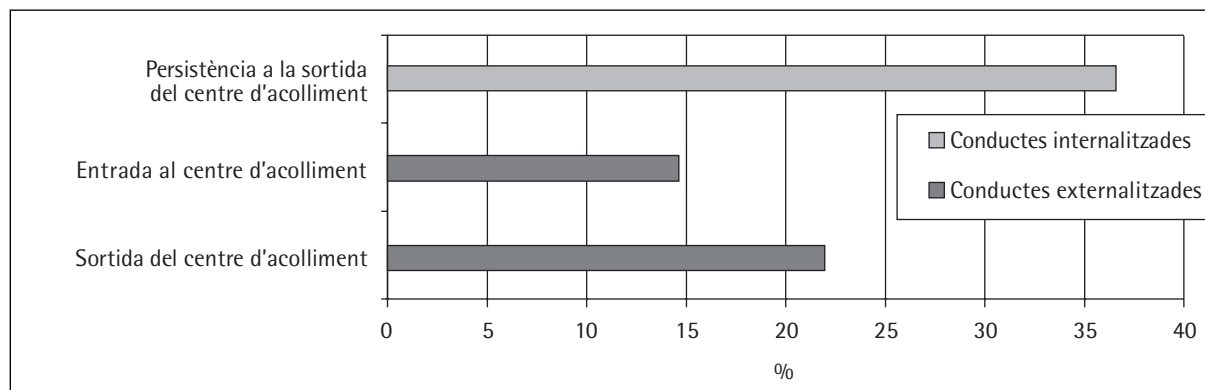
Un total de 21,95% dels infants presenten conductes d'aquest tipus.

Si es contrasta amb les conductes d'externalització informades a l'inici del CAS, s'observa un cert increment de manifestació externalitzada (més queixes i protestes, més agressivitat, conductes de defensa de si mateix enfront dels altres, etc.). L'increment d'aquestes conductes ha de ser considerat positiu,

com a expressió de la capacitat de defensa personal i de recuperació enfront d'un entorn que li ha estat altament hostil.

El gràfic següent visualitza les diferències entre aquestes conductes a l'ingrés i al cap d'uns mesos d'estada al centre d'acolliment. També deixa constància de la persistència de conductes internalitzades a la sortida dels centres d'acolliment.

Conductes internalitzades persistents i conductes externalitzades a la sortida del centre d'acolliment



La millora detectada pels educadors i el personal tècnic és encara precària, ja que els indicadors d'internalització són elevats.

Ja hem indicat la gran cautela que cal tenir amb aquestes dades per les irregularitats i la precarietat en la forma de registre i d'anàlisi. No obstant això, el conjunt de dades aquí exposades ha de ser un motiu de reflexió i alhora d'estimulació per les autoritats competents per a potenciar formes de tractament que permetin el control de l'acció educadora i terapèutica que sens dubte exerceixen els centres d'acolliment.

En suma, de tot el conjunt de conductes expressades al llarg d'aquest paràgraf es pot deduir la greu situació de desequilibri emocional que han viscut aquests infants sotmesos a maltractaments de forma tan greu i evident. Tot i que a la sortida dels centres d'acolliment encara hi ha persistència de conflictes, cal destacar que la recuperació emocional és un bon indicador amb vista al futur equilibri de la vida emocional i cognoscitiva d'aquests infants.

Tal com expressa Cyrulnik (2001), «una infància infeliç no determina la vida», però si no s'hagués actuat per a restablir una acurada vivència emocional amb l'entorn i amb els adults, la vida dels infants hagués pogut quedar greument afectada. Aquesta és la responsabilitat dels serveis públics: vetllar perquè aquests infants resolguin positivament la vivència traumàtica i postraumàtica i puguin retrobar el somriure i el tracte afectuós en els rostres i les conductes dels seus educadors, i puguin, així mateix, establir amb ells llaços afectius forts i estables que guiïn el seu futur desenvolupament.

Bibliografia

- ACHENBACH, T. M. Empirically based assessment and taxonomy: Application to clinical research. *Psychological assessment*, 7, (3). 1995. P. 261-274.
- AINSWORTH, M. Attachment and child abuse. A G. Gerbner, C. Ross, E. Zigler, E. (ed). *Child abuse. An agenda for action*. New York: Oxford University Press, 1980.
- AJURRIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. *Manual de Psicopatología del niño*. Barcelona: Toray-Masson, 1982.
- BARAHAL, R. M.; WATERMAN, J.; MARTIN, H. P. The social cognitive development of abused children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 49, 4, 1981. P. 508-516.
- BAYLEY, N. *BSID: Escalas Bayley de desarrollo infantil*. Madrid: TEA, 1977.
- BOWLBY, J. *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. New York: Basic Books, 1969.
- BOWLBY, J. *Attachment and loss: Vol 2. Separation*. New York: Basic Books, 1973.
- BOWLBY, J. *Attachment and loss: Vol 3. Loss*. New York: Basic Books, 1980.
- BOWLBY, J. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books, 1988.
- BOWLBY, J. *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós, 1992.
- BRUNET, V.; LEZINE, I. *El desarrollo psicomotor de la primera infancia*. Madrid: Pablo del Rio, 1978.
- CICCHETTI, D. How research on child maltreatment has informed the study of child development: perspectives from developmental psychopathology. A D. Cicchetti, i V. Carlson (ed.). *Child maltreatment*. Cambridge: Mass.: Cambridge University Press, 1989.
- CYRULNIK, B. *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa, 2002.
- DARWISH, D.; ESQUIVEL, G. B.; HOUTZ, J. C.; ALFONSO, V. C. Play an social skills in maltreated and non-maltreated preschoolers during peer interaction. *Child and abuse and neglect*, 25, 2001. P. 13-31.
- DÍAZ-AGUADO, M. J. Fundamentación teórica sobre el origen del desarrollo: la relación de apego. A J. M. Díaz Aguado (dr.) *El desarrollo socioemocional de los niños maltratados*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996. P. 3-35.
- DÍAZ-AGUADO, M. J.; SEGURA, M. PAZ; ROYO, P. Estudio exploratorio sobre el desarrollo de la autonomía y la motivación de eficacia de los dos a los cinco años. A J. M. Díaz Aguado (dr.). *El desarrollo socioemocional de los niños maltratados*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996. P. 75-113.
- EGELAND, B.; SROUFE, A. Developmental sequelae of maltreatment in infancy. A R. Rizley i D. Cicchetti, (Ed.). *New directions for Child Development. Developmental Perspectives on Child Maltreatment*. San Francisco: Jossey Bass, 1981.
- GREENSPAN, S. I. *Psychopathology and Adaptation in Infancy and Early Childhood: Principles of Clinical Diagnosis and Preventive Intervention*. New York, International University Press, 1981.
- HERNÁNDEZ, M.; CASTELLET, J.; GARCÍA, M.; NARCAÍZA, J. L.; RINCÓN, J. M.; RUÍZ, I.; SÁNCHEZ, E.; SOBRADILLO, B.; ZURIMENDI, A. *Estudio Longitudinal de crecimiento. Curvas de 0 a 2 años y de 2 a 18 años. Chicos y chicas*. Bilbao: Instituto de investigación sobre crecimiento y desarrollo. Fundación Orbegozo. Nestlé, 1990.
- KIRCHNER, T.; TORRES, M.; FORNS, M. *Evaluación psicológica: modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós, 1998.
- KREISLER, L. *La desorganización psicósomática en el niño*. Barcelona: Herder, 1985.
- MARTÍN ÁLVAREZ, L.; DE PAUL OTXOTORENA, J.; PEDREIRA MASSA, J. L. La infancia maltratada: Contenidos psicopatológicos. A J. L. Rodríguez Sacristán (Ed. I) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Manuales Universitarios, 1995. P. 1297-1348.

- National Center for Clinical Infant Programs. *Clasificación diagnóstica de 0-3 años*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- OLERON, P. Les connaissances d'autrui. A Oleron, P.; Beaudichon, J.; Cartron, A.; Danset-Léger, J.; Melot, A.-M.; Nguyen-Xuan, A.; Winnykamen, F. (col). *Savoirs et savoir-faire psychologiques chez l'enfant* (49-125). Bruxelles: Pierre Mardaga, Ed., 1981.
- RUTTER, M. Maternal deprivation, 1972-1978: New findings, new concepts, new approaches. *Child development*, 50, 1979. P. 283-305.
- SECADES, F. *Procesos evolutivos y escala observacional del desarrollo*. Madrid: TEA, 2002.
- SIMÓN, C.; LÓPEZ, J. L.; LINAZA, J. L. *La población infantil en situación de desamparo en la comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1988.
- SPITZ, R. "Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood". *Psychoanalytic study of the Child*, 1, 1945. P. 153-172.
- SPITZ, R. Anaclitic depression. *Psychoanalytic study of the Child*, 2, 1946. P. 313-342.
- WECHSLER, D. *Manual for The Wechsler Intelligence Scale for Children - Revised (WISC-R)*. Nueva York: Psychological Corporation, 1974. (Adaptació espanyola. TEA, 1993.)
- WINNICOTT, D. W. Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 23, 1953. P. 1-9.

HISTÒRIA DE LES FAMÍLIES DELS INFANTS DE 0 A 4 ANYS MALTRACTATS GREUMENT

Situació prenatal i perinatal dels infants maltractats de 0 a 4 anys

El coneixement de la situació d'embaràs crea un cúmul de reaccions, positives i negatives, que mobilitza els recursos dels nous pares i de l'entorn per acomodar-se a la nova situació. En aquest apartat s'analitzen diferents aspectes relacionats amb la resposta del context en rebre la notícia de l'embaràs, com l'actitud vers la maternitat o la preocupació de la mare per seguir els controls mèdics durant la gestació i tenir cura del seu cos, i en segon terme, les dades sobre la salut de l'infant en els primers moments de vida.

a) Situació prenatal

L'anàlisi de les circumstàncies que envolten el naixement de l'infant, en els casos de maltractaments físics greus a menors d'entre 0 i 4 anys, pot adquirir una importància especial. Vegem en primer lloc les expectatives relacionades amb l'embaràs.

Pel que fa a les **expectatives** entorn del naixement, cal destacar que en un 4,9% dels casos s'informa que el menor maltractat *no* era un fill *desitjat*. Un 9,7% de les mares es va *plantejar* l'avortament com a possibilitat o es va iniciar alguna acció en aquest respecte. A més, en un 12,2% dels casos no hi ha una expressió explícita del desig d'avortar però s'havia portat a terme alguna *IVE* (interrupció voluntària de l'embaràs) *amb anterioritat* al naixement del menor (7,3%) o bé la mare havia sol·licitat portar a terme una *IVE* (interrupció voluntària de l'embaràs) *posteriorment* a aquella (4,9%).

En conjunt, es pot assenyalar que en el 26,8% dels casos hi ha algun signe de rebuig cap a la maternitat.

Cal mencionar el creixent interès d'estudis internacionals entorn de la relació entre desig d'avortament i maltractament infantil. Un desig d'avortament pot implicar un rebuig a la maternitat i a l'arribada del nadó, per causes de diferent importància, naturalesa i diferents repercussions (violació, impossibilitat física o psíquica de tenir un infant, embaràs en adolescència, embaràs fora d'aparellament estable o de matrimoni, dificultats socioeconòmiques de gravetat, etc.). L'angoixa enfront de l'embaràs no desitjat,

pot desencadenar mecanismes de negació, que poden arribar a l'extrem de manca d'atorgament de significació al fetus i futur nadó com a fill. En casos extrems, l'increment de l'angoixa endarrereix la consulta mèdica sobre l'embaràs i, per tant, pot donar-se una situació de maltractament prenatal per manca de cura. També pot haver-hi una vivència persecutòria sobre el nadó, iniciant-se així una dinàmica prenatal de risc de maltractament. En conseqüència, el desig d'avortament, en els casos especificats, és una dada que pren rellevància especial com a indicador de futur risc de maltractaments, i que ha de ser atès en els centres hospitalaris i sanitaris de forma convenient.

Les expectatives entorn del naixement es refereixen principalment a les actituds i les cognicions de la mare entorn de l'embaràs. L'estudi d'aquesta perspectiva s'ha de completar des d'una vessant conductual, és a dir, analitzant les accions que la mare emprèn durant la gestació per tenir cura del seu fill. En aquest sentit prendrem el control actiu i eficaç de l'embaràs i l'absència d'accions que posin en perill el fetus (absència de maltractament prenatal) com a indicadors de la capacitat per tenir cura del fill que s'espera.

Control de l'embaràs

La informació obtinguda de les històries clíniques de les mares sobre el **control de l'embaràs** indica que en el 39% dels casos hi va haver un *control regular*; s'entén que aquest control es va iniciar des dels primers moments de l'embaràs i es va continuar amb la periodicitat indicada pels professionals.

En el 18,1% dels casos el control fou *irregular* o només es va fer en els darrers mesos o setmanes de l'embaràs i en un 7,3% no va haver-hi *cap control*. En un 34% dels casos restants no es disposa de dades relacionades amb aquesta qüestió.

Malgrat això, es pot assenyalar que, com a mínim, ja durant el període de l'embaràs un 24,3% de les mares de la mostra van donar indicadors de despreocupació pel benestar del bebè (control inexistent o irregular) o de manca d'acceptació de l'embaràs (no seguir els controls o amagar l'embaràs als familiars i fins i tot a la mateixa parella). El fet de la manca de control dels embarassos i de la no comunicació d'aquest als familiars fins molt entrada la maternitat, entra dins el marc de les conductes de negació, que, de vegades, podrà arribar fins al moment del part. Ja hem indicat que aquesta conducta pot ser considerada com un indicador de maltractaments pel que implica de manca d'atenció al fetus.

La importància dels signes de manca d'acceptació de l'embaràs per part de la mare també es destaca en altres investigacions sobre maltractaments. En un estudi del Regne Unit sobre 5 casos de maltractaments prenats perpetrats per la mare, Kent, Laidlaw i Brokington (1997) van observar que aquestes mares negaven l'embaràs, no feien preparatius per a l'arribada del bebè, no li parlaven, etc. El fet d'amagar l'embaràs és una dada significativa, ja que apareix com a factor associat (Batra i Oberman, 2001), en estudis sobre neonaticidi (assassinat d'un bebè en les primeres 24 hores de vida).

Es considera com a **indicador de risc l'estat d'angoixa de la mare davant el seu embaràs, quan aquest estat repercuteix en retard en acudir al centre hospitalari per a la seva atenció mèdica i la del futur nadó.**²¹

21. A Catalunya, des de l'any 89-90, la Direcció General d'Atenció al Menor recull les renúncies de nadons produïdes en centres hospitalaris i es disposa de dades clíniques i estadístiques de totes aquestes situacions.

Maltractaments prenatals

En la mostra analitzada s'obtenen xifres entorn del 24,4% dels casos de presència de **maltractament prenatal**.²² Algunes vegades aquests maltractaments poden ser el resultat dels maltractaments físics que el pare infligeix a la mare durant l'embaràs (7,3%) (per exemple: mares embarassades que són greument apallissades), però tal com s'ha mencionat anteriorment, el tipus de maltractaments prenatals predominants són conseqüència de l'abús de substàncies per la mare (17,1%).

La prevalença de maltractaments prenatals en el grup d'estudi que ens ocupa és molt superior a la informada en aquells estudis que inclouen infants de 0 a 17 anys, que se situa entorn del 3%-4% (Simón, López i Lianza, 2000; Inglès, 2000). En canvi, si tenim en compte el rang d'edat que ens ocupa, la desigualtat disminueix. Segons l'estudi d'Inglès (2000) a Catalunya entre els infants maltractats de 0 a 5 anys es troba un 8,1% dels casos que han patit maltractaments prenatals, i entre els de 0 a 2 anys el percentatge arriba al 17%. Aquestes dades són lleugerament inferiors a la trobada per nosaltres.

Kent i col. (1997) constaten que hi ha una relació entre els maltractaments prenatals i el plantejament de la interrupció de l'embaràs. En el nostre estudi no es corrobora una relació tan directa. No obstant això, podem indicar que en el 55% dels casos de maltractaments prenatals d'autoria materna s'aprecia el rebuig a la maternitat. Tot i així s'ha de tenir en compte que no es disposa d'informació sobre l'acceptació de l'embaràs en el 22% dels casos. Hem de recordar que en la mostra objecte d'estudi, tots els casos han estat menors tutelats i retirats del nucli familiar per la DGAIA, i que per tant les mares es mostren sovint reticents a aportar dades que després puguin ser utilitzades com a indicadors de maltractaments. Sovint aquests indicadors de risc són proporcionats per altres professionals del centre hospitalari o per altres familiars.

Cal destacar que la manca de control de l'embaràs o la presència de maltractament prenatal poden presentar-se conjuntament. Si tenim en compte la presència d'un o d'ambdós indicadors podem dir que un 34,1% dels menors maltractats després del part ja havien patit algun tipus de negligència o de maltractaments durant la gestació.

En conjunt, les dades sobre les circumstàncies prenatales de l'infant indiquen que en una quarta part dels casos s'observen indicadors de cert rebuig cap a la maternitat, vinculat principalment al desig d'avortar o a la presència anterior o posterior d'avortaments. D'altra banda, es detecta que la capacitat per tenir cura del benestar de l'infant durant la gestació està mermada en una tercera part dels casos, ja sigui perquè no se segueixen els controls mèdics –aspecte que pot equiparar-se a la desprotecció per omissió o negligència– o perquè es porta a terme alguna acció que suposa un risc per al menor –aspecte més proper al que s'anomena maltractaments prenatals.

Les dades sobre les circumstàncies que envolten el naixement del menor poden ser de gran utilitat en l'àmbit de la prevenció secundària; és a dir, en la detecció d'infants en situació de risc. Sembla convenient que l'atenció primària o especialitzada faci un seguiment del desenvolupament dels menors procedents de famílies en què s'han expressat actituds negatives vers la maternitat, o en què s'han detectat actituds de manca de protecció cap al menor ja durant l'embaràs. En especial, s'hauria de fer un seguiment dels me-

22. El concepte de maltractament prenatal es refereix a la manca de cura, per acció o omissió, del cos de la futura mare i de l'evolució del fetus; inclou també l'autosubministrament, conscient o menys conscient, de drogues o de substàncies que poden perjudicar el fetus.

nors que neixin amb síndrome d'abstinència, ja que s'ajunten dos factors: l'associació entre maltractaments prenatals i postnatals i l'associació entre l'abús de substàncies de la mare i els maltractaments postnatals. D'altra banda, els serveis de protecció infantil haurien de recollir sempre dades sobre aquestes variables, amb l'objectiu d'aprofundir en l'estudi dels maltractaments, i potser arribar en el futur a **establir el rebuig a la maternitat i els maltractaments prenatals com a factors sòlids de risc per als maltractaments infantils posteriors.**

Seguint les indicacions del pediatre Martínez Roig (1991), és aconsellable valorar, sempre amb prudència, indicadors inespecífics de risc com:

- manifestacions indirectes de rebuig del fill durant l'embaràs (no fer plans, no parlar d'ell, no augmentar el pes)
- primera visita mèdica de control de l'embaràs després de la vintena setmana de gestació
- menys de cinc consultes obstetrícies durant tot l'embaràs
- manca de preparació mental i material per al part
- plantejament d'una possible renúncia del fill i cessió en adopció
- plantejament d'avortament rebutjat posteriorment.

Com ja s'ha apuntat anteriorment, en aquests dos darrers supòsits, a Catalunya es fa un seguiment de l'embaràs molt acurat des de l'àmbit mèdic, psicològic i social, per tal de valorar si aquest desig de renúncia del nadó és fruit d'una situació d'estrès (personal o social, o ambdues) puntual de la mare o no, i si està relacionada amb causes comprensibles o no. A la DGAIA hi ha un protocol d'actuació i de coordinació amb els medis hospitalaris per a aquests casos, que s'està aplicant des de l'any 90.

b) Situació perinatal

Determinades característiques del bebé en néixer es consideren factors de risc amb relació a la probabilitat de rebre maltractaments i constitueixen el que s'anomena factors de vulnerabilitat infantil. Entre aquests, tenen especial importància aquelles peculiaritats del nen o del seu comportament que suposen un increment en les demandes a l'ambient i que poden superar les capacitats dels pares per donar-los-hi resposta (Arruabarrena i de Paúl, 1994).

Les característiques dels primers mesos de vida que s'han relacionat amb un major risc de rebre maltractaments fan referència a la prematuritat, al baix pes, als problemes de salut o als infants amb «temperament difícil», ja que, en general, aquests tipus de poblacions presenten una elevada irritabilitat i tenen ritmes d'alimentació o de son/vigília irregulars, o requereixen atencions especials. Els infants que neixen amb síndrome d'abstinència neonatal també constitueixen un grup de risc. Entre els símptomes que segons Simón i col. (2000) acompanyen aquesta síndrome, creiem convenient citar aquells que semblen més «provocadors» de maltractament: plor agut i fort, hiperactivitat, irritabilitat, alteracions de la son, febre, manca de gana, vòmits i diarrea. Una de les iniciatives entorn d'aquesta problemàtica és la campanya «Auxili, el meu nen no para de plorar» dirigida als pares que es queden sense recursos davant del plor continu del nadó, ja sigui perquè pateix còlics al naixement o altres problemes.

En infants més grans s'afegeixen altres característiques associades a risc de maltractament, com el retard mental, les conductes oposicionistes i desafiantes i els problemes de conducta (Ammerman, 1990).

Quant als dèficits cognitius, els pocs estudis de què tenim constància semblen indicar que el risc de patir maltractaments és superior en aquells infants amb discapacitats menys severes. Segons Simón i col. (2000), el risc augmenta perquè en ser menys evident la deficiència del menor, els pares tendeixen a atribuir els comportaments inadequats a la intencionalitat del nen.

La presència d'indicadors de vulnerabilitat en el nostre grup d'estudi ha quedat establerta de la manera següent:²³

- *Prematuritat.* Les dades mostren que en el grup hi ha un 12,2% dels infants prematurs (nascuts entre les 32 i les 35 setmanes de gestació). Segons les dades de l'INE (1997), el percentatge de naixements de nens prematurs a Catalunya és de 5,8%.
- *Pes.* Amb relació a aquesta variable es detecta que un 23,08% dels infants de la mostra van néixer amb pes baix (< 2.500 gr).
- *Test d'Apgar.* Hi ha poques dades sobre aquesta prova; malgrat això es pot assenyalar que el 17,95% dels infants van assolir Apgar significativament baixos o va ser necessari l'ús de reanimació i oxigenació en el moment del naixement.
- *Síndrome d'abstinència neonatal.* Aquesta síndrome s'ha observat en un 7,3% de la mostra (com a conseqüència d'ingesta d'heroïna i per alcoholisme matern).
- *La síndrome alcohòlica fetal (SAF).*²⁴ Es presenta en el 2,4% d'aquests infants. Aquesta síndrome cursa amb dèficits cognoscitius, en un d'ells arriba fins al 56% de la disminució reconeguda oficialment.

El total d'infants de la mostra que presenta alguna d'aquestes afectacions és del 42,8%. Alguns no-més han patit una d'aquestes complicacions perinatals, mentre que altres en mostren diverses.

Per tant, es pot pensar que, en una part important dels casos, no sembla que siguin exclusivament les característiques infantils –vinculades al fenomen de la vulnerabilitat– les que activen el procés de maltractaments. Es pot suposar que els maltractaments infantils, en aquestes edats tan primerenques, són més aviat la continuació, per part de l'entorn familiar, d'un tracte nociu cap a l'infant ja iniciat abans del naixement. De fet, com es veurà en l'apartat sobre els nuclis familiars materns i paterns, les alteracions de personalitat i de vincle, que a vegades es remunten fins a la segona generació, estan, en gran part, en la base de la gestació dels maltractaments.

Antecedents socioculturals i econòmics dels progenitors

Diversos autors consideren que entre les causes desencadenants dels conflictes entre la parella i dintre del nucli familiar es troben, entre altres, la manca de recursos econòmics, el rebuig a l'infant i els trastorns psíquics de l'agressor (Arruabarrena i col. 1996a, 1996b; Baño i Casado, 1997).

23. No ha estat possible d'establir a posteriori una categoria relacionada amb les conductes d'irritabilitat, alteracions de la son, agudesa del plor, etc., que correspondrien –*grosso modo*– a la definició de temperament difícil, tot i que el percentatge de nens que pateixen síndrome d'abstinència neonatal presenten aquesta característica.

24. SAF: síndrome derivada de l'exposició a l'alcohol durant la gestació, caracteritzada per un cúmul d'anomalies: retard en el creixement, alteracions dismòrfiques i disfuncions en el sistema nerviós central. No sempre apareix el quadre complet d'alteracions.

En aquest apartat s'analitza el nivell escolar assolit pels pares, la situació laboral i econòmica, i també l'habitatge i l'estabilitat de la residència.

a) Nivell educatiu

El grau acadèmic assolit per la mare correspon a un nivell d'estudis primaris o d'ensenyament bàsic –fins als 14 anys– (42,8%) en bastants casos inacabats. El 20% correspon a mares que tenen un nivell educatiu mitjà o alt (batxillerat o estudis superiors). No hi ha dades explícites, amb relació a la resta. Tot i la jove edat de la mare, cal tenir present que moltes d'aquestes mares van ser retirades de l'escola i dedicades a tasques de la llar en plena adolescència. L'elevada proporció de mares amb estudis primaris o inacabats podria suggerir la presència ja des de la infància de signes d'inadaptació o de baix funcionament en les tasques que corresponen per edat.

El grau acadèmic assolit pel pare correspon, en un 37,1%, a un nivell cultural inferior al de graduat escolar, es tracta de casos en què hi ha hagut presència de dificultats de rendiment, de greus problemes de conducta, o circumstàncies familiars que desencadenen l'abandonament de l'escolaritat obligatòria. Un 20% dels pares tenen un nivell cultural equivalent al graduat escolar. Tot i aquest nivell, alguns pares s'han mostrat com a analfabets funcionals, ja que presenten grans dificultats per llegir i comprendre els textos quotidians. En un 8,5% els pares tenen un nivell cultural de batxillerat, formació professional o estudis universitaris (2,8%). En la resta dels casos no es disposa de dades.

El conjunt indica que el nivell educatiu dels pares i les mares és bastant precari.

b) Situació laboral i econòmica

Les dades sobre la situació laboral de les mares posen en relleu que el 42,8% no treballen, ja sigui perquè es troben en situació d'atur, baixa laboral, tenen un certificat d'invalidesa o perquè es dediquen a la llar (11,4%). D'entre aquest percentatge, un 28,5% de les mares depenen completament de l'aportació econòmica del company. El 40% tenen feines poc estables, sense ingressos fixos o d'estatus social baix, i només un 8,5% disposen de feines d'alt estatus que probablement els permeten la independència econòmica del company. Manquen dades en un 8,7%.

El 42,8% dels pares es troben a l'atur des de fa temps i no perceben cap ajut econòmic declarat. En un 28,5% dels casos els ingressos són inestables o insuficients, i reben una mitjana d'entre 300 i 360 € a través del Programa interdepartamental de la renda mínima d'inserció (PIRMI). El 20% dels pares reben remuneracions econòmiques superiors als 600 €. La resta inclou casos en què es desconeix aquesta dada i casos de pares morts o absents.

En un 20% de casos almenys un dels dos progenitors disposa d'una feina estable des de fa, com a mínim, cinc anys. En aquests darrers casos la informació del mateix pare indica que o bé la feina està d'acord amb el seu nivell professional o bé es troba raonablement satisfet del seu treball. No es disposa de dades en la resta dels casos.

En resum, un alt percentatge de la mostra analitzada (82,8% en mares i 70% en pares) no disposa de prou guanys econòmics per a cobrir les necessitats bàsiques dels membres de la família. A aquesta xi-

fra tan elevada s'ha d'afegir que els progenitors generalment tenen seriosos problemes en l'administració dels diners, mostren dificultats en l'assignació de les prioritats de les despeses, deixen lloguers impagats, permeten la falta d'alimentació dels menuts, etc. L'alt percentatge de progenitors que presenten una forta addicció a diverses drogues, entre elles l'alcohol, l'heroïna, la cocaïna, etc., fa suposar que molts d'ells es veuen empesos a gastar els seus diners en l'adquisició de la droga.

Sovint s'ha relacionat els pares que no ingressen diners de forma legal i que ni tan sols disposen d'ajut social –per atur o invalidesa–, amb alguna activitat de tipus marginal o il·legal (venda de drogues, robatoris, drapaire, etc.). Aquest aspecte enfosqueix encara més la gravetat de la situació laboral que es traspasa a una situació judicial.

En síntesi, en un 20% dels casos en què s'ha detectat maltractaments a infants petits, es disposa de recursos socioeconòmics suficients, per tant, no és aquesta una de les causes vinculades tradicionalment al maltractament, o fins i tot explicatives d'aquest. El fet que la xarxa social de protecció al menor i que l'assistència mèdica estigui alerta de les situacions de maltractament, podrà, en un futur, desvetllar la relació entre classe social i maltractaments.

c) Habitatge i estabilitat en el lloc de residència

S'ha pres com a referència l'habitatge de la mare com a persona més estable al costat del seu fill.

Accés a un habitatge:

Un 88,6% dels nuclis familiars dels menors tenen un habitatge, però en un terç dels casos aquest és propietat d'altres familiars i han de conviure amb ells. La resta de nuclis familiars, corresponent a un 11,4%, no disposen d'un habitatge, viuen en pensions (2,8%) o fins i tot dormen en fàbriques, camions o al carrer (8,6%).

Condicions d'habitabilitat:

En un 17% dels casos es fa esment explícit de les bones condicions de l'habitatge.

En un 25,7% dels casos s'informa que les condicions d'habitabilitat són escasses o pèssimes. No reuneixen les condicions mínimes d'equipament d'higiene o seguretat.

En la resta dels casos (57,2%) no es fa referència explícita a aquest aspecte i es pot inferir que l'habitatge és adequat o es troba dintre d'uns límits de normalitat.

Estabilitat en el lloc de residència:

Un 25% dels nuclis familiars presenten una mobilitat de residència remarcable. Aquesta mobilitat ha estat considerada com un indicador d'inestabilitat personal, de manca de suport, sigui de la pròpia família, sigui de la xarxa social i de cert desarrelament familiar (Arruabarrena, de Paül i Torres, 1996a). El canvi de residència és considerat com un factor de risc, per l'estrès que comporta l'organització del canvi i l'adaptació a la nova situació. La inestabilitat personal que s'ha indicat com una de les variables explicatives de la mobilitat és entesa com una característica psicològica de fragilitat, que comporta que els pares no puguin aprofitar els recursos socials que se'ls ofereix, i no puguin arrelar-se al seu entorn.

Del conjunt de dades expressades en aquest apartat, poden delinear-se les reflexions següents:

El predomini de parelles amb nivells socioeconòmics baixos s'acompanya generalment d'una formació acadèmica bastant elemental. A aquest estatus sociocultural desfavorit cal afegir les circumstàncies d'instabilitat o precarietat econòmica i laboral d'aquestes famílies, que en alguns casos deriva en la manca d'un habitatge propi o en règim de lloguer. Aquest conjunt de factors probablement situen el nucli familiar en una situació de tensió i estrès elevat.

Malgrat la tendència a detectar casos en les classes de nivell socioeconòmic baix, en aquest estudi també s'han identificat un 20% dels casos de maltractaments familiars infantils en ambients de nivell sociocultural i econòmic mitjans i alts. La tendència esmentada amb relació al volum majoritari de casos detectats en les classes desfavorides pot respondre a diferents realitats. Una primera possibilitat és l'assenyalada per autors com Inglès (2000) o de Paül (1996) en referència a la tendència del Sistema de protecció de la infància i l'adolescència a intervenir principalment en aquest sector del ventall social. Una segona possibilitat, molt relacionada amb l'anterior, és que la infrarepresentació de les classes altes sigui deguda al fet que disposen de més recursos socials, econòmics... per amagar la situació de maltractaments. En aquest sentit, Baño i Casado (1997) comenten que és possible que en les classes acomodades els casos de maltractaments quedin encoberts en el si de la família, perquè quan consulten probablement no ho facin a les institucions públiques, sinó a centres privats, eludint així la possibilitat de detecció des de la xarxa de serveis socials. Una tercera possibilitat es deriva de la dificultat per l'entorn proper de creure o acceptar la presència de maltractaments quan els perpetradors pertanyen a la classe social mitjana o elevada, o que no s'actui per por a les possibles represàlies.

Per tant, en aquest estudi, la sobrerepresentació de les classes desfavorides podria estar vinculada al biaix mostral derivat del fet que el grup de menors procedeix íntegrament dels casos detectats pels serveis de protecció infantil. De totes maneres, tal com ja s'ha indicat, l'atenció dels serveis socials i mèdics a aquest tema pot fer variar la representació de la distribució social de la conducta de maltractaments.

Per últim, cal destacar que malgrat que no podem negar la incidència de la manca de recursos econòmics (dificultats per disposar d'un habitatge), cal també considerar la incidència d'un estil de vida desorganitzat i desadaptat de les normes i els hàbits socials d'higiene i ordre. És a dir, en part es tracta que aquestes famílies no tenen cobertes les necessitats bàsiques, però d'altra part, quasi una de cada set famílies, malgrat disposar d'habitatge (propi o aliè), no tenen prou capacitat d'organització –aspecte que s'agreuja amb la presència d'infants petits– per a mantenir-lo en condicions higièniques i de seguretat adequades. Les variables sociològiques, psicològiques i educatives apareixen entrelaçades i indiquen que el tractament dels casos del maltractament ha d'atendre les tres variables esmentades.

Família nuclear

En aquest subapartat s'analitzen algunes característiques del nucli familiar com ara l'edat dels pares en el moment de la identificació dels maltractaments i l'edat de la mare en el moment de la concepció i en el naixement del primer fill maltractat. L'objectiu d'aquesta anàlisi és revisar la hipòtesi que les mares d'infants maltractats són més aviat joves. També s'analitza la composició del nucli familiar pel que fa al tipus de nucli parental (mono i biparental) i a la composició d'aquest, amb l'objectiu de captar les relacions d'estrès derivades d'aquesta situació. Finalment s'analitza la relació de parella que han mantingut els pa-

res dels infants maltractats com a indicador precursor de maltractaments per als seus fills, pel que implica de pèrdua del control.

a) Relació de parella

La relació afectiva entre la parella és analitzada en aquest paràgraf sota dues variables, la del temps de relació entre ells i la del tipus de relació emocional establerta. En el primer cas es valora si hi ha alguna relació entre un temps curt de relació abans de l'embaràs i els maltractaments posteriors; en el segon cas s'analitza el tipus de relació de parella que es manté amb la parella amb la qual es conviu en el moment dels maltractaments.

Aquestes dues variables han d'ajudar a entreveure la precarietat o la solidesa de la relació humana, i pot ajudar a entendre la seva influència en l'acte de maltractament a infants.

b) Temps de relació de la parella

Per analitzar aquesta qüestió hem seleccionat aquells casos en què s'informa que l'embaràs del primer fill (sigui el detectat o un germà) s'esdevé abans que passi mig any de relació o d'haver iniciat la convivència. El 57,1% dels casos compleixen aquesta condició. Però es presenten les situacions següents:

- *El maltractament afecta el primer fill de la relació i –en cas d'haver-n'hi– la resta de germans:* aquesta possibilitat es presenta en el 45,7% dels casos, ja sigui el menor detectat per l'estudi el primogenit (31,4%) o un germà petit (14,3%).
- *El maltractament no afecta el primer fill de la relació:* un 11,4% dels infants maltractats tenen germans més grans que no han rebut maltractaments. En aquests casos s'observa que la diferència d'edat entre els primers germans no maltractats i els maltractats acostuma a ser gran, entorn d'una mitjana de 8 anys.

A més, cal destacar que el 20% del total de mares han repetit amb una altra parella aquest patró de relació en què l'embaràs es produeix molt aviat; les dades porten a pensar *a)* que no hi ha temps per a l'establiment de relacions sòlides entre la parella, o *b)* que el tipus de relació que es busca és en si mateixa immadura (curta, inestable, intensa, però poc sòlida).

L'elevada proporció de mares primíparas joves i aquest període de convivència tan curt abans de l'embaràs, quan encara no hi ha hagut temps de consolidar la relació i de construir un espai comú (Inglès, 2000), suggereix la idea dels possibles dèficits en la planificació de les decisions vitals. En definitiva, es fa forta la hipòtesi que no s'ha previst, per als infants nascuts sota aquests escàs temps de relació, l'espai emocional necessari per a rebre'ls amb desig i satisfacció.

c) Tipus de relació de la parella (en referència amb l'última relació)

Els professionals que han atès les parelles sovint aporten una descripció del tipus de relació que estableixen els seus membres. Després d'una anàlisi acurada d'aquestes descripcions s'observa que hi ha una sèrie d'adjectius que apareixen associats entre ells repetidament, els principals són:

- *Relació de predomini agressiu o conflictiu*: un 48,5% de les parelles de l'estudi mantenen una relació de tipus agressiu o conflictiu: presència de baralles, discussions, amenaces contínues i agressions mútues o unilaterals (aquestes últimes són les més freqüents i sempre del pare cap a la mare).
- *Relació de predomini dependent*: un 45,7% de les parelles mantenen aquest tipus de relació maltista o patològica principalment per part de la mare, la qual estableix mecanismes massius de dependència envers el company.

No s'esgoten aquí els conceptes emprats pels tècnics per a definir els tipus de relació de parella. Cal esmentar que sovint es troben **relacions immadures, mancades de comunicació i tancades a l'exterior**.

El conjunt d'aquestes característiques recorden la **dinàmica del maltractament** de parella descrit sovint en la literatura. Els models del cicle de la violència es basen en relacions de poder i control sobre la víctima, que generalment l'aparten de l'exterior, li minven l'autoestima i el poden portar a l'autoanul·lació. Aquesta descripció és força congruent amb l'elevada presència de relacions de dependència observades en el nostre estudi.

El tipus de relació també s'ha caracteritzat segons l'estabilitat, entenent per aquesta si és una relació perllongada i amb continuïtat o si, al contrari, hi ha diversos trencaments i reconciliacions; aquest últim aspecte està molt vinculat a les relacions de dependència.

Pel que fa a l'estabilitat de la relació, s'observa que:

- En un 8,5% dels casos no ha arribat a haver-hi convivència entre els pares i no s'informa de cap relació estable en el moment de la detecció dels maltractaments.
- En un 14,3%, després d'un període de convivència hi ha una separació definitiva –en algun cas per viduïtat–, i en el moment de la detecció no s'informa de cap relació estable.
- En un 22,8% la relació amb el company actual és llarga però molt inestable, caracteritzada per trencaments i reconciliacions continus.
- En un 20,0% són relacions de poc temps de convivència, en les quals majoritàriament el company actual no és el pare biològic de l'infant maltractat.
- En un 20% es donen relacions estables.
- La resta (un 14,4%) són relacions de durada mitjana.

Es pot dir, doncs, que en el nucli familiar de menors maltractats, quasi un 50% de parelles d'adults mantenen relacions conflictives en què arriba a haver-hi agressions físiques entre els progenitors. Les dades són coherents amb les indicades per Inglès (2000), qui també assenyala que el grau de conflictivitat familiar d'aquests nuclis és elevat i que els maltractaments a adults majoritàriament afecten les mares. Segons aquest autor, el 34% de les mares que pertanyen a aquests nuclis reben maltractaments, mentre que en el cas dels pares només en reben l'1,6%.

Cal esmentar que la presència d'episodis de violència conjugal ha estat assenyalada per diferents autors (Rumm, Cummings, Krauss, Bell i Rivara, 2000) com un predictor important de l'aparició d'episodis de maltractaments infantils; segons alguns estudis el risc arriba a duplicar-se en aquells nuclis on hi ha maltractaments a la parella.

L'associació entre els maltractaments conjugal i paternofamiliar podria respondre a diversos mecanismes. Un cop es perd el control inhibitori de l'impuls agressiu pot produir-se una violència indiscriminada contra qualsevol membre de la família que s'hi trobi present en aquell moment. Això representa un gra-

víssim risc per als més vulnerables, con ara els nadons o nens petits. Segons Echeburúa (2001), l'agressor utilitza aquesta estratègia de control o de relació amb aquells que percep con a vulnerables, així que el risc, pel que fa a infants de curta edat, és força elevat.

En situacions de relacions de parella molt deteriorades, l'agressor, en absència de l'objecte principal de la seva agressivitat (la seva parella), pot descarregar l'agressió de forma substitutòria cap als fills d'ella. Algunes vegades, aquesta pot ser una forma especialment cruel de provocar patiment a la seva parella. Aquest mecanisme es posa en relleu en aquells casos en què les agressions es donen en el període d'embaràs de la dona: l'agressor dirigeix la seva violència al ventre de l'embarassada en forma de cops, puntades de peu, cops de puny, ganivetades, etc.

En tots aquests mecanismes hi ha subjacent la impossibilitat per part de l'agressor de considerar l'altre com un subjecte amb identitat pròpia, amb els seus sentiments, desitjos, necessitats i drets. Busca el sotmetiment i reduir l'altre a la condició d'objecte. Percep l'altre com una propietat, com algú sota el seu poder i els seus desitjos.

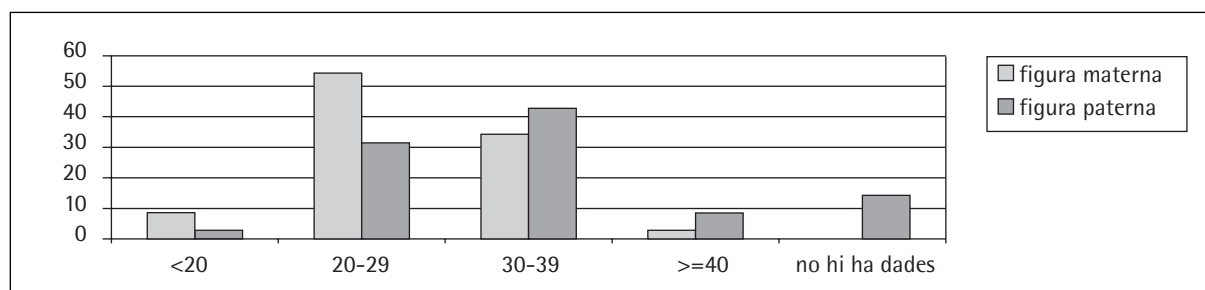
Aquest estudi posa de manifest que, malgrat la presència de maltractaments conjugals, aquesta situació no acostuma a derivar en una separació definitiva de la parella, sinó que més aviat s'associa a relacions de parella marcades per una inestabilitat elevada, en què se succeeixen els intents frustrats de separació. Aquestes dades concorden amb les aportades per Echeburúa (2001), segons el qual la mitjana d'anys d'antiguitat del maltractament conjugal se situa en 12 anys. L'explicació de per què es mantenen relacions destructives probablement està relacionada amb l'elevada dependència patològica que hi ha entre els membres de la parella, i en estructures de personalitat insanes.

d) Edat dels progenitors en el moment de la identificació dels maltractaments²⁵

L'edat de les mares oscil·la entre els 18 i els 40 anys en el moment de la detecció dels maltractaments. Cal destacar que predomina el període d'edat d'entre els 20 i els 29 anys (un 54,3%), i que el 8,6% de les mares encara no tenen els 20 anys en el moment de la detecció.

Pel que fa al grup de pares, s'observa que la majoria de figures paternes tenen entre 30 i 39 anys (un 42,8%). L'altre gran sector d'edat és el de 20 a 29 anys (un 31,4%). Per últim, en un 14,3% dels casos no es disposa d'aquesta dada.

Edat en el moment de la detecció



25. El grup de mares o figures que desenvolupen el rol matern està compost per 35 subjectes. Com ja s'ha esmentat, la reducció del nombre de casos en relació amb el grup de menors es produeix perquè alguns d'aquests són germans.

Comparant aquests resultats amb altres estudis, es detecta que les mares d'aquesta investigació són més joves del que acostuma a presentar-se en estudis que inclouen altres tipus de maltractaments. Un exemple n'és l'estudi d'Inglès (2000) que analitza casos de tipologia diversa (predominantment de negligència) i l'edat en què s'acumula un major percentatge oscil·la entre els 41 i els 50 anys. El fet que en el present estudi s'hagi utilitzat com a criteri de selecció els infants amb edats entre 0 i 4 anys, probablement determina en part l'avançament de l'edat de les mares que formen el grup d'estudi.

En canvi, respecte al grup d'homes, s'observen dades que coincideixen amb diversos estudis que assenyalen que les figures paternes autores de maltractaments tenen preferentment entre 30 i 39 anys (Dominguez i Veges, 1987). Alguns autors relacionen aquest resultat amb determinats factors psicosocials. Torres, Arruaberrena i de Paül (1996b) interpreten que en aquest període d'edat els pares poden tenir un estrès elevat en els àmbits familiar i laboral, perquè és l'edat en què solen tenir oportunitats de promoció dins de l'empresa, i la necessitat de dedicar-se als fills petits, o a diversos fills, és una trava vers aquesta promoció personal. No obstant això, en el cas que ens ocupa, la situació de maltractaments no sembla ser únicament fruit de l'estrès recent, lligat a l'edat, sinó que probablement hi ha una problemàtica molt específica i greu de tipus social, de personalitat i de salut mental, que es remunta a la infantesa i a l'establiment de vincles emocionals insans en la parella.

Edat de la mare i concepció

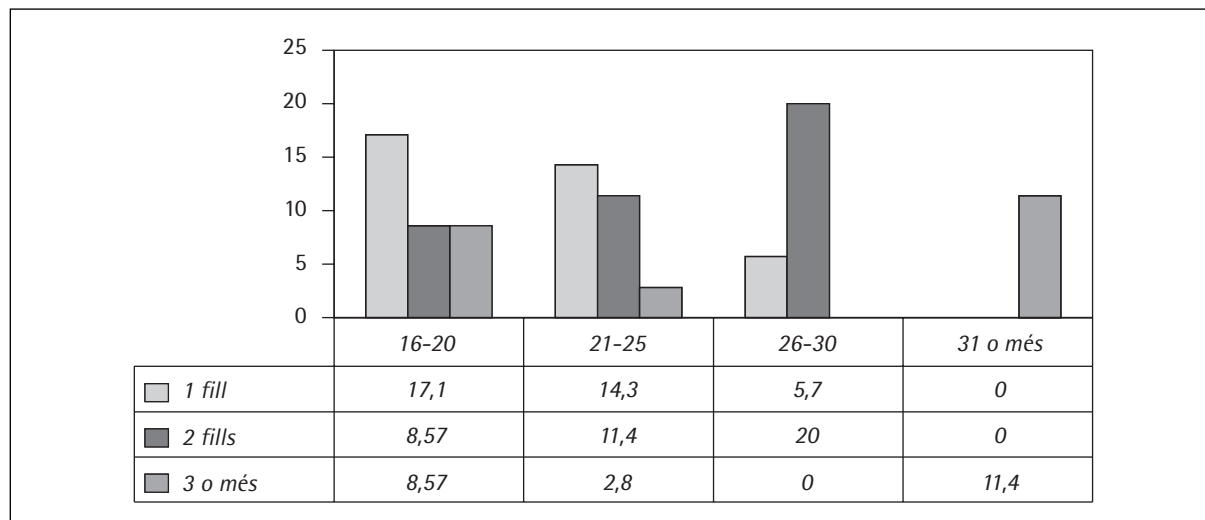
Els embarossos en mares joves es consideren una situació de risc, en si mateixa, del maltractament infantil (Connelly i Straus, 1992; de Paul i Domenech, 2000), ja que poden confluïr una sèrie de factors de precarietat, com, per exemple: la immaduresa personal de la mare per cuidar un ésser que depèn totalment d'ella, la manca d'unes situacions laboral i econòmica estables amb possibilitats de no haver assolit encara la independència econòmica respecte a la seva família, la manca de suport social per la inexistència d'un compromís estable amb la parella o a causa del rebuig que l'embaràs de l'adolescent provoca en els familiars, entre d'altres. També s'ha apuntat la hipòtesi que l'embaràs adolescent evidencia conflictes ja existents en la relació de la noia amb el nucli familiar d'origen, com també mancances molt primerenques.

Segons les dades d'aquest estudi, l'edat de les mares quan van tenir el primer fill (ja sigui l'infant objecte d'estudi o un germà o germanastre) oscil·la entre els 16 i els 29 anys; dintre d'aquest grup, el 17,1% són o eren menors d'edat en aquell moment i gairebé el 50% no superaven els 20 anys. Aquestes dades posen de manifest un avançament en l'edat de la concepció respecte a la població general. L'Institut Nacional d'Estadística (INE) informa que les taxes de fecunditat en la població general espanyola el 1998 se situen entorn del 21% per a les mares amb 20 anys o menys.

Segons la literatura, la dada més rellevant per predir el risc de maltractaments és l'edat de la mare quan neix el primer dels fills maltractats (Connelly i Straus, 1992). S'haurà d'analitzar la presència de maltractaments (per acció o omissió) tant en el menor que pertany al grup d'estudi com en la resta de germans, per valorar la gravetat de l'estat psíquic de la mare, que la pot portar a transgredir l'instint de protecció cap al seu fill. Així, es tindran en compte tots els germans o germanastres que hagin rebut maltractaments físics o negligències importants, incloent-hi aquells que en el moment de la detecció ja no conviuen al nucli familiar perquè estan amb altres familiars o en institucions.

La figura següent mostra la freqüència d'infants maltractats segons l'edat de la mare en el moment del naixement del primer fill que ha patit algun tipus de maltractament.

Mare: edat quan va néixer el primer infant maltractat



El gràfic anterior posa de manifest que en el grup de mares que tenien de 16 a 20 anys (quan va néixer el primer fill que va rebre algun tipus de maltractament) predomina el nucli familiar amb un sol infant. En el grup de mares de 21 a 25 anys (quan va néixer el primer fill que va rebre maltractaments) també predomina la categoria de nucli familiar d'un infant però no de forma tan marcada. Tantmateix, en aquelles mares que tenien entre 26 i 30 anys quan va néixer el primer fill que va rebre algun tipus de maltractament predominen principalment els nuclis amb dos fills, i en les que tenien 31 o més anys predominen els nuclis amb 3 infants o més.

En els casos en què la mare té més d'un fill, s'ha d'analitzar si els maltractaments es produeixen de forma generalitzada, que afecta tots els fills, o selectiva, n'afecta només alguns. En els dos primers grups de mares, de 16 a 25 anys, hem observat que els maltractaments sempre s'estenen a la resta de germans. En el grup de 26 a 30 es pot trobar algun cas de maltractaments selectius, mentre que en el grup de 31 o més anys sempre són de tipus selectiu. Per últim, cal afegir que els maltractaments selectius sempre afecten els més petits del grup de germans. Aquestes dades ratifiquen que, en els casos de maltractaments greus a nadons i nens petits, l'embaràs adolescent pot evidenciar problemàtiques psicològiques prèvies i greus de les mares.

En conjunt, s'observa que les mares dels infants que han rebut maltractaments físics greus intrafamiliars tendeixen a iniciar-se en la maternitat en edats bastant joves. Alhora, els resultats indiquen que quan els maltractaments apareixen en mares més aviat joves i afecten el primer fill, generalment s'estenen als germans que segueixen. Mentre que, quan els maltractaments s'inicien en mares d'edat més avançada, és més probable que afectin de forma selectiva els més petits. Podem dir que, quan la problemàtica emocional i l'alteració de la dinàmica familiar és tan intensa per desestabilitzar-se amb el primer fill, generalment els maltractaments s'estendran a la resta de fills perquè no hi ha possibilitat de contenció, ni d'establir vincles afectius ajustats. La necessitat d'ajut psicològic i de tractament psicoterapèutic per als

pares maltractadors d'infants petits serà, doncs, d'extrema urgència. L'Administració hauria d'assegurar aquests tractaments, ja que en depèn la salut física i psíquica d'altres infants.

En investigacions futures caldria estudiar la possibilitat de dues tipologies diferents de mares: d'una banda, mares molt joves que infligeixen o no impedeixen els maltractaments de manera generalitzada en els seus fills, i, de l'altra, mares més grans que han estat capaces de tenir cura dels primers fills però que, davant de determinades circumstàncies d'estrès, no compleixen adequadament la funció materna amb els més petits.

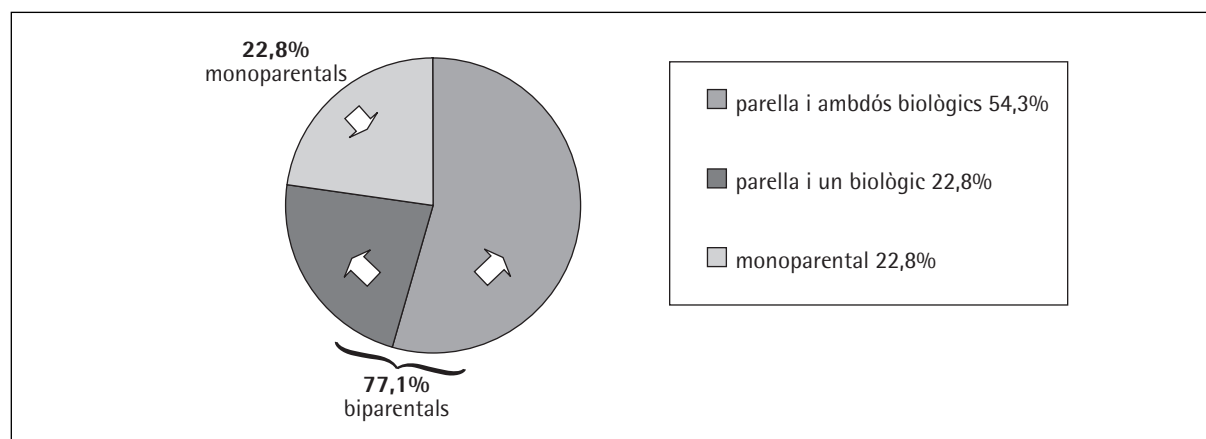
e) Composició del nucli familiar

Nucli de convivència

La composició del nucli familiar, pel que fa als membres que conformen la parella i el nombre de fills que tenen al seu càrrec, incideix en el nivell d'estrès familiar. En primer lloc, s'ha comprovat que en les famílies monoparentals o amb una inestabilitat marcada hi ha una major freqüència de casos de maltractaments infantils, que podria produir-se com a conseqüència de la reducció de la xarxa de suport social i l'increment de les responsabilitats com a únic progenitor (Straus i Smith, 1990). En segon lloc, s'ha identificat una tendència similar en els casos en què el nombre de fills és elevat o hi ha poca distància entre aquests (de Paúl *et al.*, 1988).

Segons les dades del nostre estudi, predomina el nucli parental format per dues persones (77,1%), que normalment són els pares biològics del menor; però també es poden trobar casos en què un membre de la parella no és el pare o la mare biològic del menor. La presència de figures parentals sense un vincle biològic amb el menor sembla constituir un factor de risc que cal tenir en compte, ja que s'ha pogut apreciar que, sovint, la nova parella intervé en els maltractaments físics al menor, ja sigui com a únic autor o conjuntament amb el progenitor biològic.

Tipus de nucli parental

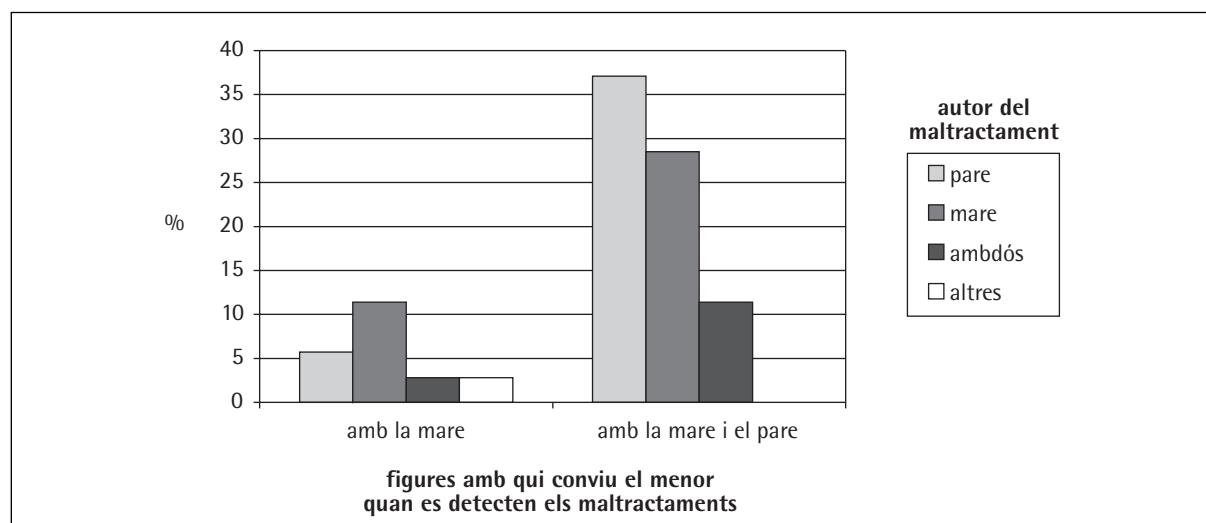


Els nuclis monoparentals corresponen al 22,8% dels casos en què sempre l'única figura és la mare, ja sigui perquè la parella de progenitors no ha arribat a conviure o perquè hi ha hagut una separació sense que la mare hagi iniciat una nova relació estable.

Comparant aquests resultats amb els de l'estudi d'Inglès (2000), es posa de manifest que la proporció de famílies monoparentals i de parelles refetes (en què un dels membres no és el progenitor biològic) trobades per aquest autor és inferior (entorn del 13,7% i el 17,8%, respectivament) a l'obtinguda en el nostre estudi.

Qui és, doncs, l'adult maltractador en el si d'aquests dos tipus de nuclis parentals? En la figura següent es presenta la freqüència amb què el pare, la mare, ambdós o altres adults són autors dels maltractaments als infants.

Composició del nucli familiar: autor dels maltractaments físics



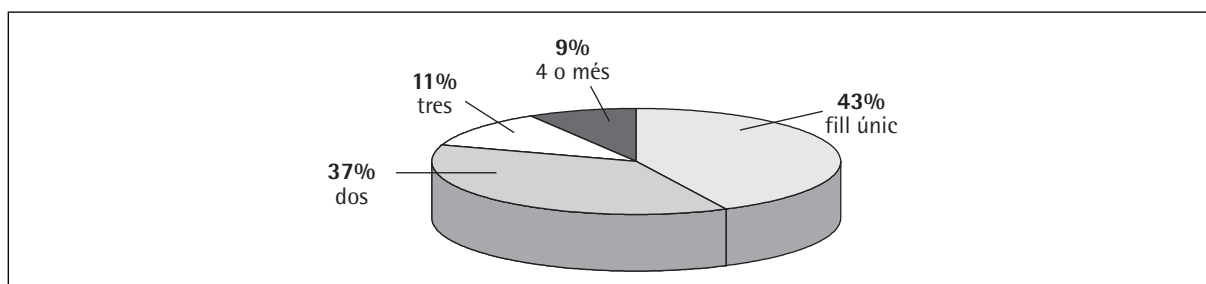
Si no es considera la composició parental del nucli familiar, la freqüència de participació en els maltractaments físics és bastant similar entre els pares (40%) i les mares o les figures amb aquest rol parental (43%); mentre que, quan només es valoren els casos en què ambdós pares conviuen amb el menor, s'observa que predominen els maltractaments físics perpetrats pel pare o el padrastre. En els casos en què el pare no conviu amb el menor però és l'autor dels maltractaments, aquests es produeixen durant els passeigs amb el menor o perquè la mare, malgrat la separació, continua relacionant-s'hi; aspecte que posa en relleu l'existència de vinculacions patològiques en la parella, que predominen sobre l'instint protector cap al nen, i que constitueixen clarament una omissió de la protecció que es pot entendre com un acte de complicitat en els maltractaments.

Així, s'observa que l'elevada participació de les mares en els maltractaments físics (quan generalment s'assumeix que les dones són menys violentes que els homes) pot ser conseqüència del rol social atorgat a la mare, segons el qual la cura dels fills és responsabilitat seva i alhora és la figura que passa més temps amb ells (Strauss i Smith, 1990). Inglès (2000) també explica la superior incidència de figures maltractadores maternes respecte a les paternes, a partir del predomini d'estructures familiars monoparentals femenines a Catalunya.

Amb referència al nombre d'infants, farem esment únicament dels menors que conviuen al nucli familiar. Fem aquesta puntualització perquè hi ha casos en què la mare o el pare tenen fills vivint amb altres familiars, però la literatura sobre el tema remarca com a factor d'estrès familiar el nombre elevat de

fills en el nucli de convivència, especialment quan hi ha poca diferència d'edat. Tenint en compte aquestes puntualitzacions, observem que en el nostre estudi no es constata que els maltractaments físics greus en menors de curta edat siguin més freqüents en famílies nombroses. Al contrari, els resultats indiquen que predominen en un 80% les famílies no nombroses i que entre aquestes més de la meitat tenen un fill únic.

Nucli familiar: nombre de menors que hi conviuen



Volem destacar dues idees: en primer lloc, cal retenir l'elevat percentatge de famílies amb un únic fill, aspecte que entra en contradicció amb la bibliografia clàssica que defensa que la presència de maltractaments apareix vinculada a famílies nombroses, i que estableix aquesta variable com a element de risc; en segon lloc, cal destacar que trobem que els maltractaments per part de mares joves, que afecten el primer fill de la parella poden estendre's després a la resta. Aquest aspecte entra també en litigi amb les notes d'altres autors que consideren que els maltractaments es donen preferentment en els infants més petits de nuclis familiars nombrosos.

Tot plegat suggereix que els maltractaments en les edats maternal i preescolar tenen unes característiques diferencials dels maltractaments en edats més avançades. Les nostres dades suggereixen que la dinàmica dels maltractaments, no són per una situació d'estrès fomentada per tenir a càrrec una família nombrosa, sinó que més aviat sembla que cal buscar la base en raons psicosocials relacionades amb conflictes psicològics i emocionals dels progenitors, com també en la seva història familiar.

Adaptació psicològica

Segons l'experiència clínica diària dels professionals que intervenen en el diagnòstic de casos de maltractaments a menors, la valoració de l'estat mental i de la psicopatologia dels maltractadors presenta un seguit de dificultats, entre les quals cal destacar les següents:

1. La manca de demanda explícita d'intervenció psicològica per part de les famílies, les quals acudeixen als professionals forçades perquè els retiren la tutela dels seus fills. La majoria no reconeix els maltractaments, el seu nivell de col·laboració amb els tècnics és molt escàs, a vegades és violent i, fins i tot, poden arribar a agredir els tècnics.
2. La gravetat de les lesions patides pels nens i la seva curta edat tenen repercussions emocionals en els equips tècnics i en altres professionals que hi intervenen. Aquesta vinculació amb el contingut del cas dificulta la tasca diagnòstica.

3. La necessitat de poder diferenciar entre possibles descompensacions episòdiques dels agressors lligades a situacions puntuals d'estrès, i aquelles que responen a personalitats portadores de greus patologies caracterials, de difícil reversibilitat. Aquest punt és imprescindible per poder fixar el pronòstic d'evolució del cas.

La relació entre els maltractaments físics i les alteracions psicopatològiques dels progenitors és una qüestió llargament estudiada. En un primer moment es va pensar que les situacions de maltractament infantil intrafamiliar estaven vinculades amb la presència de trastorns psiquiàtrics en els familiars. Però, a mesura que s'ha investigat sobre aquesta qüestió, s'ha comprovat que, malgrat que el malestar psicològic es correlaciona amb la freqüència dels maltractaments físics, només es constaten alteracions psicològiques concretes i diagnosticables en un nombre reduït de casos (Ammerman, 1990; Arruabarrena i de Paúl, 1994). La baixa prevalença de trastorns mentals diagnosticables en aquestes poblacions pot ser perquè els perpetradors dels maltractaments, o persones que els consenten, tenen àrees de funcionament conservades que emmascaren les pertorbacions en la capacitat per establir relacions i vincles emocionals adequats. Echeburúa (2001) diferencia dos perfils de maltractadors en la família: un 74% en els quals la vida laboral i social està conservada, i un 26% en què les expressions de violència i inadaptació s'estenen a tots els contextos. La literatura també fa referència a unes altres variables que intervenen en la conducta de maltractaments, generalment relacionades amb les dificultats de control de l'impuls agressiu, com l'alcoholisme i les toxicomanies o les conductes antisocials (de Paúl, 1996).

El motiu pel qual una mare o un pare acudeix a la consulta psiquiàtrica o psicològica té sovint una relació escassa amb els maltractaments. En tot cas es consulta una simptomatologia sobreafegida o relacionada, com pot ser el consum de tòxics o la presència d'altres trastorns psiquiàtrics. És per això que en molts casos de maltractaments no existeix un diagnòstic previ que s'hi relacioni. En canvi, l'anàlisi de les històries clíniques i de la conducta de les mares i els pares, com també les entrevistes clíniques fetes en els centres d'acollida –on són ingressats els menors– posen en relleu la presència de conflictes greus d'adaptació psicològica i social. D'acord amb aquestes conductes i amb la valoració de la conducta de la família extensa, la DGAIA²⁶ formularà el diagnòstic final del cas i la proposta de mesura més adient per al benestar del nen: retorn, o no, de l'infant al medi familiar.

L'estudi de les històries personals i familiars dels casos revela una major gravetat que l'especificada en l'etiquetatge diagnòstic. Podria dir-se que es tracta d'estructures de personalitat de diferents organitzacions, que, segons el moment en què són ateses, poden encaixar amb un o un altre tipus de diagnòstic. Tal com manifesta Kreissler a *Los niños víctimas de malos tratos*, es tractaria de personalitats atípiques, que presenten quadres mixtos en què coexisteixen elements patològics que provenen de diverses organitzacions mentals. Kreissler es refereix a elles com a «personalitats en mosaic sobre un fons d'immaduresa i mancances molt profundes» que es caracteritzen per un sentiment de fragilitat física i psíquica compensada per *acting-outs* de gran violència física i verbal.

26. Els tècnics i els professionals de la DGAIA consideren que, en els casos de maltractaments a nadons i infants, les dificultats d'adaptació psicosocial dels maltractadors són de tal naturalesa que la seva història –tant passada com present– permet pensar en trastorns de personalitat o trastorns clínics, encara que no hagin estat diagnosticats. Part de la tasca de la DGAIA serà aclarir en quina mesura existeixen aquestes alteracions, i en quina mesura poden i han de ser tractades; de tal manera que el compliment del tractament que es proposi és un dels elements bàsics per a establir la proposta de retorn del nen al nucli familiar.

a) Adaptació personal de la mare²⁷

Es detecten dos grans grups de mares:

1. Mares amb trastorns psicològics diagnosticats amb anterioritat a la detecció dels maltractaments (48,57%).
2. Mares sense diagnòstic psiquiàtric, però amb una història de desadaptació que es procurarà identificar (51,43%) per a definir la proposta de mesura.

La identificació dels diagnòstics es basa en les classificacions diagnòstiques del DSM-IV (1994) i el CIE-10 (1992), a més de les consultes de Kaplan i Sadock (1989).

Mares amb diagnòstic psiquiàtric previ

Un total de 17 mares entren dintre d'aquesta categoria, implicant el 48,57% de la mostra total de mares. En relació amb el total de casos, es dona la presència de problemes adaptatius següent:

1. En un 5,71% dels casos, el diagnòstic és de trastorn histriònic de la personalitat, el qual en el 2,86% dels casos era simultani al consum d'heroïna.
2. En un 2,86%, el diagnòstic era de trastorn per ansietat, amb dependència de l'alcohol.
3. Un altre 2,86% presentava trastorn límit, simultani amb el consum d'alcohol i hipnòtics.
4. En un 11,43% de les mares s'especifica consum de tòxics com a diagnòstic primari.
5. En el 5,71% es va diagnosticar trastorn antisocial de la personalitat, el qual en el 2,86% de casos, era simultani al consum de tòxics.
6. El 8,57% dels casos va ser qualificat com a depressió. La presència simultània de tòxics es donava en el 5,71% dels casos, i en un altre 2,86% la depressió psicòtica anava acompanyada d'intents d'autolesió i de freqüents ingressos psiquiàtrics.
7. En un 2,86% dels casos, el diagnòstic fou d'esquizofrènia.
8. En un 2,86%, de trastorn paranoic greu de la personalitat.
9. En un 5,71%, es va formular el diagnòstic de disminució (amb trastorn adaptatiu i psicosi), simultani amb el consum d'alcohol en un cas.

El 22,86% de les mares (sobre el total N=35) han requerit ingressos psiquiàtrics, en molts casos de forma reiterada. I el 17,14% de les mares, sempre en referència al total, presenten consum de tòxics. En aquests casos, es pot assenyalar que el consum de tòxics ha estat un desencadenant de la petició d'atenció psiquiàtrica o l'ingrés hospitalari. No consta que aquestes mares hagin consultat cap tècnic en relació amb els maltractaments que infligien als seus fills; per tant, cal pressuposar la manca de consciència de trastorn.

Mares sense diagnòstic psiquiàtric previ

Un total de 18 mares entren dintre d'aquesta categoria, un 51,43% de la mostra total de mares. Tot i que, tal com ja s'ha dit, la bibliografia especialitzada accepta que es donen casos de maltractaments en els quals no ha estat diagnosticada cap alteració psicopatològica prèvia ni present, el nostre interès s'ha cen-

27. Totes les dades seran calculades sobre el total de 35 mares (hi ha més d'un germà a la mostra estudiada).

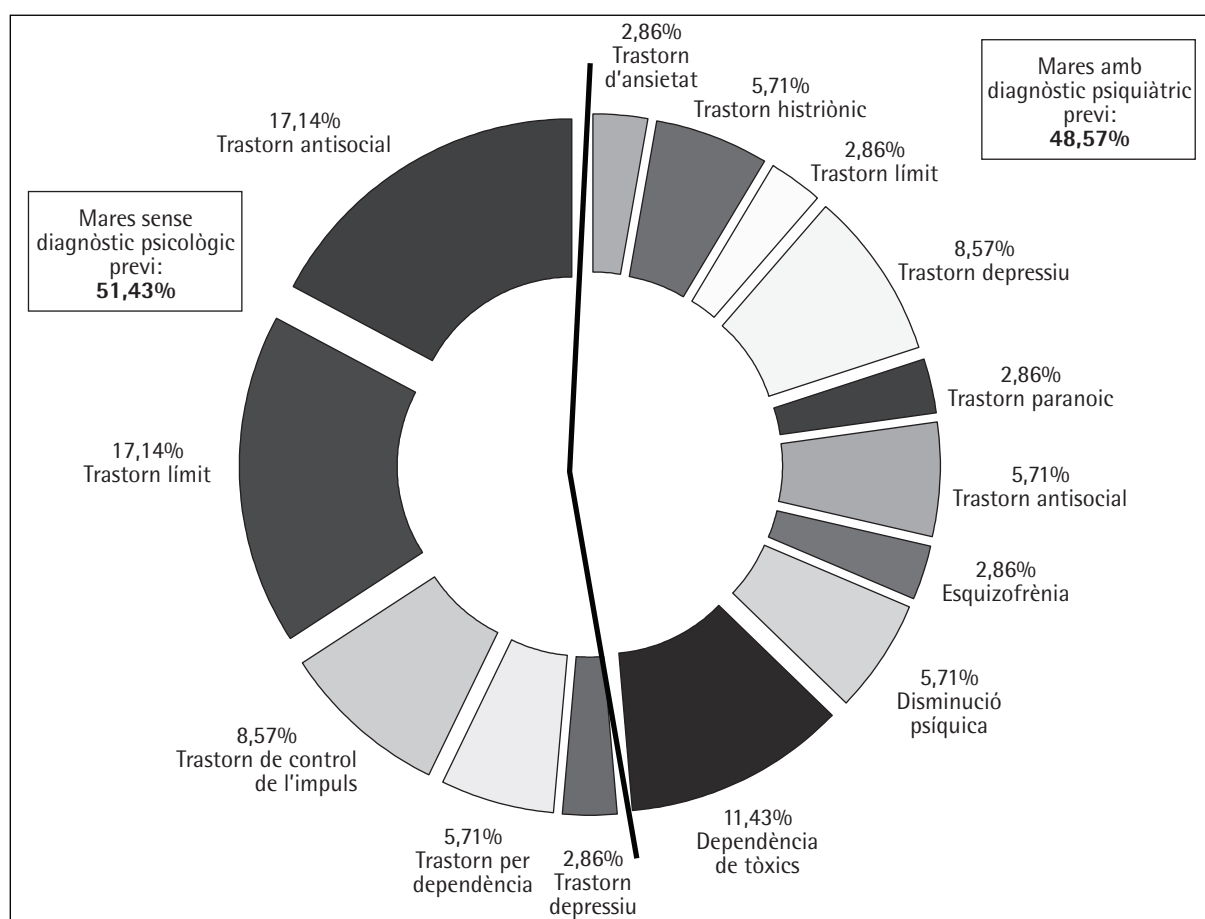
trat a analitzar la conducta que es manifesta a través de les històries de vida de les famílies dels nens maltractats. L'anàlisi confirma la presència de problemes de gravetat, tot i la seva manca de diagnòstic previ.

Les anàlisis ofereixen la distribució següent:

- Un 17,14% del total de les mares manifesta la presència de trastorns límits, en un cas acompanyat d'ingesta d'alcohol.
- Els trastorns de tipus antisocial han estat identificats en el 17,14% de les mares no diagnosticades prèviament.
- Les descompensacions episòdiques amb manca de control dels impulsos s'han identificat en el 8,57% dels casos.
- En un 5,71% dels casos s'apunten trastorns per dependència.
- En un 2,86%, trastorns depressius.

El gràfic següent posa en relleu el percentatge i els tipus d'alteracions que han estat diagnosticades amb anterioritat a la detecció dels maltractaments, i les alteracions diagnosticades, segons la història clínica de le mares, en el centre d'acolliment.

Gràfic: alteracions psicopatològiques de les mares d'infants maltractats

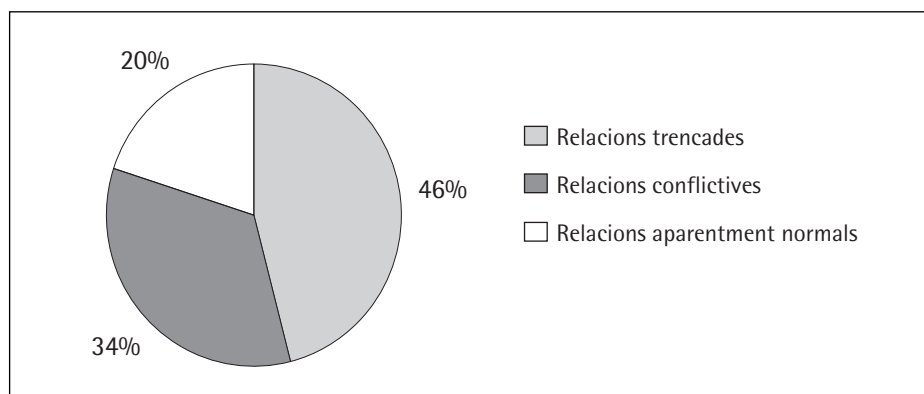


En conjunt, cal destacar que la presència de trastorns psicològics diagnosticats prèviament a la detecció dels maltractaments afecten gairebé la meitat de les mares del nostre estudi, prevalença molt superior a l'obtinguda en altres estudis (entorn del 10 al 15%). Per exemple, la dada presentada per Inglés (2000), en població catalana, situa la incidència de malalties mentals en mares i pares en un 16,6%. La diferència entre ambdós estudis pot estar relacionada amb les característiques de la mostra de la present investigació, que únicament inclou infants menors de 4 anys greument maltractats. D'altra banda, el diagnòstic clínic elaborat a posteriori no és pas menys greu i afecta la resta de mares. Els trastorns psicopatològics en les mares de nens maltractats poden estar en la base dels maltractaments greus que s'han infligit (o que han permès que s'infligís) als infants. Les lesions infligides a infants tan petits indiquen una transgressió de l'instint de protecció que, tant en els éssers humans com en l'etiologia, es dona en les criatures petites, i constitueixen un clar indicador de risc vital per als infants.

Aquests trastorns es donen en un entorn familiar clarament deficitari pel que fa a la qualitat de la relació afectiva i en conductes de protecció i de satisfacció de les necessitats bàsiques.

b) Relació de la mare amb el seu nucli familiar d'origen

Una característica que destaca de forma important en les dades de l'estudi és l'elevada incidència de relacions trencades entre la mare i la seva família: arriba al 45,71% del total. A aquest percentatge cal sumar-li un 34,29% de relacions molt conflictives, amb distanciaments continus, trencaments i reconciliacions caòtiques. Per tant, en un 80% dels casos, es constaten anomalies greus en els vincles de la mare amb la seva família.



Només en un 20% dels casos, la relació familiar és aparentment normal. Entre aquests casos, es donen situacions diverses en relació amb la consciència de maltractaments, que s'han d'estudiar amb molta cura. Van des d'un reconeixement dels maltractaments, i un desig de reparar el dany ocasionat, que implicaria un bon pronòstic per al cas, fins a la negació radical dels maltractaments, la qual constitueix un indicador de risc molt clar per al retorn del nen al seu nucli.

Els casos clínics 1 i 2 que se sintetitzen a continuació permeten apreciar la gravetat de les alteracions i la manca d'estructuració de l'entorn familiar de l'infant.

CAS CLÍNIC 1**Exemple de les psicopatologies materna i paterna diagnosticades**

Menor: infant de 10 mesos d'edat.

Detecció hospitalària: l'hospital denuncia els maltractaments al jutjat i a la DGAIA.

Tipus de maltractaments:

- Crisis d'ofegament amb introducció d'objectes estranys a la faringe.
- Durant l'ingrés a l'hospital, l'infant té una crisi d'ofegament en presència dels pares (i en absència del personal sanitari): es queda en coma, i es requereix l'ingrés a la UCI.
- Es detecten fractures antigues de cúbit i radi, i un important retard psicomotor.
- Antecedents de lesions sospitoses a partir dels dos mesos d'edat.

Antecedents de la família materna:

- Família fusionada (amb vinculacions molt estretes, de caràcter simbiòtic, en què queda poc espai per a la individualització i la independència dels seus membres), de nivell cultural baix.
- Sobreprotecció excessiva dels avis materns vers la seva filla, en la seva infància.
- La mare de l'infant va ser expulsada de la família arran de la seva relació amb el pare de la criatura.
- Presència de por per la conducta i les reaccions del gendre.
- Presència de coneixement dels maltractaments al nen, però absència de denúncia dels fets.

Condicionants materns:

- Mare gestant quan és menor d'edat.
- No acceptació de l'embaràs: plantejament de l'avortament.
- Treballs esporàdics, amb conflictes a la feina.

Psicopatologia materna:

- Diagnòstic de personalitat immadura, amb trets psicopàtics (no depressió, ni ansietat).

Antecedents de la família paterna:

- Nivells cultural i econòmic baixos.
- Família conflictiva i violenta, amb relacions intrafamiliars de molta agressivitat entre els seus membres.
- Àvia paterna en tractament psiquiàtric per depressió.

Condicionants paterns:

- Molt jove (18 anys) quan va tenir el fill.

Psicopatologia paterna:

- Problemes de conducta des de la infància i de relació a l'escola.
- Sentiments de rebuig i d'abandonament afectiu.
- Diagnòstic psiquiàtric de trastorn de personalitat amb trets psicopàtics.
- Consum important d'alcohol, i també d'heroïna i cocaïna.

Relació de parella:

- Parella molt jove.
- Relació de parella molt conflictiva, amb agressions mútues greus que narren de forma freda i sense sentiment.
- Separació després dels maltractaments a l'infant, però es continuen veient sovint.

Estat inicial del nen:

- Nen trist, amb poca expressivitat facial, no plora mai, ni durant les cures més doloroses (manca de plors en les exploracions doloroses fetes a l'hospital).
- Presenta una cerca de contacte físic indiscriminat, no diferencia els estranys.

CAS CLÍNIC 1 (continuació)

Evolució del cas:

- Durant l'ingrés al centre d'acolliment va millorar considerablement; feia demandes, plorava si volia alguna cosa, va trigar a somriure i riure.

Valoració final i proposta:

- Impossibilitat de retorn del nen al nucli familiar.
- La proposta va ser d'acolliment familiar preadoptiu.
- La família va presentar un recurs judicial.
- El jutjat va decidir a favor de la proposta d'adopció.

Situació actual del nen:

- Adoptat.

CAS CLÍNIC 2

Exemple de les psicopatologies materna i paterna diagnosticades

Menor: infant de 2 anys d'edat.

Detecció hospitalària: l'hospital denuncia els maltractaments al jutjat i a la DGAIA.

Tipus de maltractaments:

- Es va detectar una hipotonia greu, manca d'estimulació i retard greu del desenvolupament.
- Etanol en sang.
- Hematomes.

Antecedents de la família materna:

- A l'àvia i la tia maternes se'ls va diagnosticar esquizofrènia i alcoholisme.
- Segons relata la família, l'àvia materna cremava els seus fills amb cigarretes si ploraven, i els donava biberons de vi i cervesa perquè s'adormessin.
- Les relacions dins el nucli familiar no han estat bones, els fills no visiten l'àvia.
- Cap familiar matern va visitar el nen durant la seva estada al centre d'acolliment.

Psicopatologia materna:

- Anteriorment havia amenaçat d'autolesionar-se.
- Trastorn per ansietat amb alcoholisme.
- Tractada amb antidepressius.

Antecedents de la família paterna:

- L'àvia paterna expressa que en la seva família «tothom pateix dels nervis».
- Cap familiar patern va visitar el nen durant la seva estada al centre d'acolliment.

Psicopatologia paterna:

- Diagnòstic psiquiàtric de trastorn límit de personalitat.
- Cobra un subsidi d'invalidesa per malaltia mental.
- Antecedents d'esnifar cocaïna.

Relació de parella:

- Sempre molt conflictiva, amb amenaces i agressions mútues.
- Actualment estan separats.

Estat inicial del nen:

- Durant l'ingrés hospitalari presenta una irritabilitat greu i conductes d'autoestimulació.
- Retard generalitzat.

Evolució del cas:

- Durant l'estada al centre d'acollida presenta una evolució satisfactòria amb un increment ràpid de pes i de talla, una millora en la psicomotricitat i en els hàbits de son, com també en l'alimentació.
- Millora la tranquil·litat, cerca el contacte dels educadors, confia més en l'adult, i ja no rebutja la figura femenina.
- Somriu i riu, és juganer, i comença a interactuar amb els altres nens.

Valoració final i proposta:

- Impossibilitat de retorn al nucli familiar.
- La proposta va ser d'acolliment familiar preadoptiu.

Situació actual del nen:

- Adoptat.

c) Adaptació personal del pare

Seguint el mateix esquema emprat per al grup de mares, s'han diferenciat dos grans grups:

1. Pares amb trastorns psicològics diagnosticats amb anterioritat a la detecció dels maltractaments (31,43%).
2. Pares sense diagnòstic psiquiàtric, però amb una història de dificultats d'adaptació que es procurarà identificar (68,57%).

Pares amb diagnòstic psiquiàtric previ

Un total d'11 casos (un 31,43%) entren dintre d'aquesta categoria. Els diagnòstics psiquiàtrics identificats s'expliciten a continuació:

1. A un 11,43% dels pares se'ls ha diagnosticat trastorn antisocial amb alteració comòrbida de consum de tòxics.
2. El 5,71% dels pares presenten un diagnòstic d'enolisme, amb episodis de descontrol d'impulsos i explosions d'agressivitat.
3. El 5,71% dels casos presenta esquizofrènia, en la meitat dels casos comòrbid amb consum d'alcohol.
4. El 5,71% dels pares pateixen una alteració per depressió, comòrbid amb consum d'alcohol en la meitat dels casos. En un cas, el diagnòstic de depressió reactiva es trobava vinculat –segons la valoració psiquiàtrica– a la retirada del nen del nucli familiar
5. Finalment, en un 2,86% dels casos, el diagnòstic explícit fou de trastorn de personalitat per dependència, comòrbid amb consum d'alcohol.

Si es té en compte el total de subjectes que consumeix tòxics de forma primària o comòrbida amb altres alteracions, es troba una afectació total d'un 25,71%. El percentatge de pares que han requerit ingressos psiquiàtrics és de l'11,43%. En cap cas la consulta té relació directa amb el maltractament, fet indicatiu de la marcada consciència de trastorn.

Pares sense diagnòstic psiquiàtric previ

Un total de 24 casos entren en aquesta categoria i representen el 68,57% del total dels casos. En el si d'aquest grup no diagnosticat psiquiàtricament ni psicològica, s'han pogut identificar dos subgrups. Un primer subgrup comprèn el 51,43% dels casos, en els quals els informes dels tècnics de la DGAIA i les entrevistes clíniques suggereixen alguna forma de psicopatologia, i un segon subgrup, que comprèn el 17,14%, en el qual no es poden identificar característiques vinculades a cap manifestació psicopatològica.

Entren en el primer subgrup les manifestacions clíniques següents:

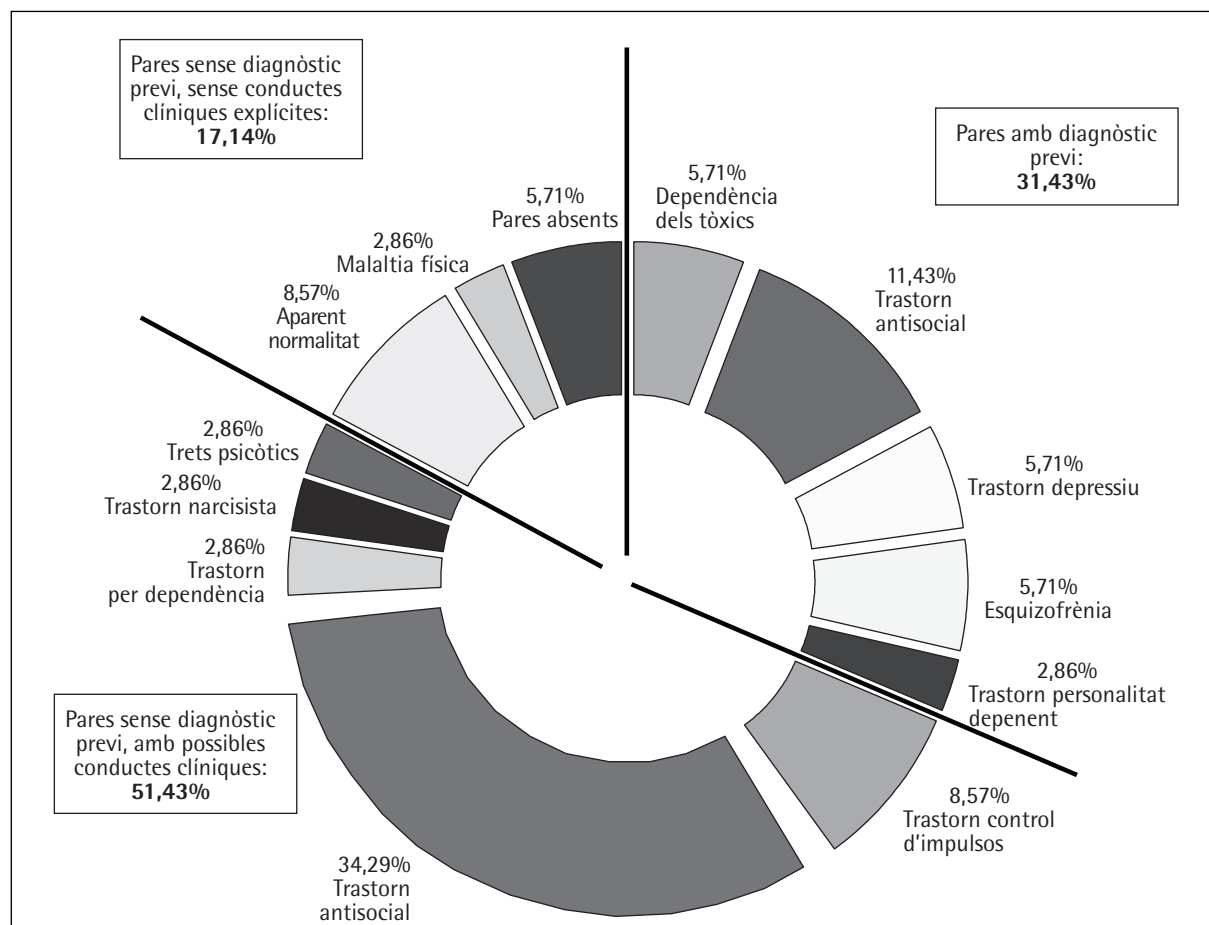
1. El 34,29% dels casos presenta de forma hipotètica manifestacions conductuals que poden ser qualificades com a trastorn antisocial de la personalitat. Aquests trastorns són comòrbids amb consum de tòxics i d'alcohol en la major part dels casos: un 22,86%.
2. En un 8,57% dels casos es pot identificar un trastorn del control d'impulsos, en un cas amb sospita de consum d'alcohol.

3. En un 2,86% dels casos es podria formular el diagnòstic de trastorn de la personalitat per dependència.
4. En un 2,86% dels casos es podria formular el diagnòstic de trastorn narcisista de la personalitat.
5. En un 2,86% dels casos la conducta descrita en els informes pot ser considerada com a indicativa de trets psicòtics.

Entre el grup de pares dels quals no es poden identificar manifestacions conductuals clíniques, es destaquen els següents:

1. Un 8,57% en què les relacions del pare amb el seu entorn i amb si mateix no suggereixen manifestacions clíniques dins de les classificacions psiquiàtriques, *a excepció d'una conducta de desinterès total i de manca d'implicació per la cura de l'infant.*
2. En un 2,86% dels casos el pare pateix un tumor cerebral, que comporta reaccions agressives, però en què el diagnòstic mèdic especifica que no hi ha trastorn psiquiàtric.
3. I, finalment, en el 5,71% dels casos, el pare és absent (pare desconegut, pare que va abandonar la mare abans de néixer la criatura, o pare mort).

El gràfic següent il·lustra el percentatge i els tipus d'alteracions diagnosticades amb anterioritat a la detecció del maltractament, i les alteracions diagnosticades, segons la història clínica dels pares, en el centre d'acolliment.



El nombre de trastorns psiquiàtrics diagnosticats prèviament a la detecció del maltractament afecta el 31,43% dels pares, percentatge inferior a l'obtingut amb les mares. L'atenció psiquiàtrica en el grup de pares només es dona en casos de simptomatologia molt greu o de consum de tòxics. En el grup de mares el malestar psicològic correlaciona en major mesura amb el nombre de consultes psiquiàtriques.

En el grup de pares sense diagnòstic psiquiàtric previ es constata simptomatologia important, i destaca l'elevat percentatge de símptomes compatibles amb el trastorn antisocial de la personalitat.

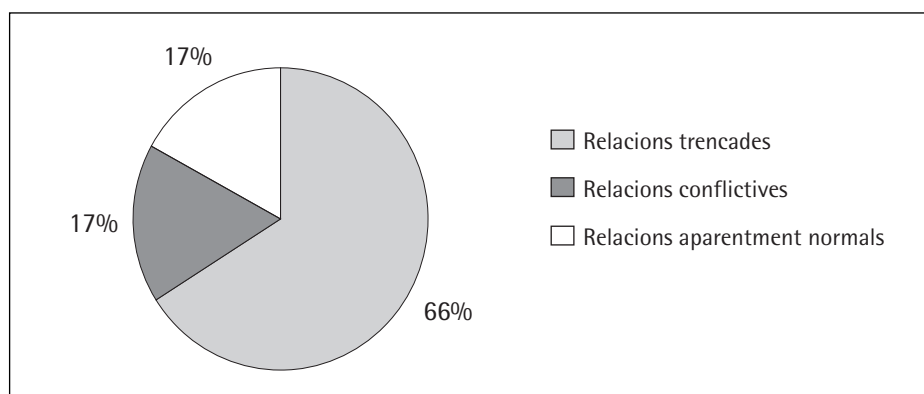
Cal fer especial esment del grup de pares sense conductes clíniques explícites. Els pares amb conductes «aparentment normals» presenten com a característica comuna la manca d'implicació i desinterès cap al nen, fet que situa la problemàtica en l'àmbit de trastorns de vinculació, i posa en qüestió aquesta aparent normalitat. En l'estudi d'Inglès (2000) la manca d'interès és un indicador que apareix en un elevat nombre de casos de nens maltractats i que se situaria dins del context de les mancances afectives.

Cal destacar que no es pot constatar, ni en el grup de mares ni en el grup de pares, una prevalença clara d'un determinat tipus de patologia psiquiàtrica associada a la conducta de maltractament.

D'altra banda, resulta rellevant fer palès que, en la majoria dels casos, la relació familiar es caracteritza per múltiples trencaments i per importants patologies de la vinculació.

d) Relació del pare amb el seu nucli familiar d'origen

La relació dels pares amb el seu nucli familiar està trencada en el 65,71% dels casos. La relació és patològica i conflictiva en el 17,14%, amb conductes d'agressions i violència. Es donen poques reconciliacions: hi ha temor de la família cap al seu fill. Així, doncs, en el 82,86% dels casos la relació està trencada o molt deteriorada.



La relació és aparentment normal en el 17,14% dels casos. No obstant això, entre les relacions considerades com a "aparentment normals", es troben algunes situacions extremament greus, en les quals els pares, conjuntament, maltractaven els seus fills, amb l'encobriment de les famílies extenses. Per tant, es donava una patologia greu en tot el nucli familiar.

En els casos en què la mare ha establert una segona relació de parella, es constata que la nova relació s'estableix amb un subjecte de manifestacions conductuals similars a les de la primera parella (manifestacions conductuals de tipus disocial).

Aquestes dades, tant en mares com en pares, posen en relleu la importància d'efectuar una exploració a fons de la vinculació i la tipologia de relació parental, ja que pot ser un predictor respecte a la capacitat dels pares per atendre el seu fill.

El cas clínic 3 que se sintetitza a continuació permet apreciar la gravetat de les alteracions i la desestructuració de l'entorn familiar de l'infant, tot i la manca de diagnòstic psicològic previ a la detecció del maltractament. Es tracta d'un cas de descompensació episòdica amb possibilitats de recuperació malgrat la gravetat del maltractament inflingit.

CAS CLÍNIC 3

Exemple de descompensació episòdica: mare i pare sense diagnòstic previ

Menor: infant d'1 any i 5 mesos d'edat. Fill únic.

Detecció hospitalària: l'hospital denuncia els maltractaments al jutjat i a la DGAIA.

Tipus de maltractaments:

- Fractures de fèmur en ambdues cames.
- Posteriorment es detecten traumatismes en el crani i el tòrax, i una fractura anterior d'húmer (3 setmanes abans de la doble fractura de fèmur).

Antecedents de la família materna:

- Família treballadora, en la qual no hi ha mancances socioeconòmiques evidents.
- Els dos avis materns han treballat sempre, i han pujat vuit fills.
- L'atenció educativa als fills es basa en una disciplina rígida, però també en l'afecte.

Condicionants materns:

- Va completar l'ensenyament bàsic.
- Té un càrrec important en un comerç.
- Té una responsabilitat i uns ingressos elevats.
- Manifesta que està «molt cansada», que té «massa feina».
- Plora quan parla del nen. Nega els maltractaments.

Psicopatologia materna:

- Cap patologia evident.

Antecedents de la família paterna:

- Posició econòmica sense problemes aparents.
- Bona relació entre els membres de la família, bona capacitat de protecció.

Condicionants paterns:

- Va completar el batxillerat.
- Té un càrrec important en un comerç i uns ingressos elevats.

Psicopatologia paterna:

- No hi ha cap evidència d'alteració.

Relació de la parella:

- Es van conèixer a la feina.
- Viuen independents de les respectives famílies.
- Treballen molt i viatgen sovint per la seva professió.

CAS CLÍNIC 3 (continuació)

- Matrimoni col·laborador, però que sempre va negar els maltractaments. De forma implícita, però, manifesten estar «molt cansats». La mare diu «no sempre per educar s'ha de pegar»; parlen en abstracte, no directament del seu cas.
- La mare, després de l'ingrés del nen al centre d'acolliment, va abandonar la feina per dedicar-se al nen i buscar una feina més apropiada.

Estat inicial del nen:

- Dificultats motrius a causa de les fractures.
- Viu amb molta angoixa el fet de restar separat dels seus pares durant la seva estada al centre d'acolliment.

Expressió de la mare en les visites:

- La mare l'agafa molt fort, no el deixa separar-se'n, el nen es queda immòbil, molt pendent de la reacció dels pares.
- Relació molt propera i ansiosa entre els pares i el nen.

Evolució del cas i diagnòstic:

- No es va poder completar el diagnòstic a causa d'un ordre judicial de retorn de l'infant als pares.
- Malgrat que no van reconèixer mai els maltractaments, els pares van acceptar un seguiment voluntari del nen per part de la DGAIA, pel que fa als aspectes físic i psicològic.
- La mare va deixar la feina i van començar un procés de teràpia familiar.
- El cas va evolucionar bé. Als dos anys el nen estava ben desenvolupat, era més autònom i mantenia una relació més distesa amb els seus pares.

Valoració final i proposta:

- La família va presentar un recurs judicial i el jutjat va retornar el nen als pares abans de finalitzar el diagnòstic en el centre d'acolliment.
- La DGAIA va presentar un recurs davant de l'audiència.
- En el moment en què es va fixar el judici a l'audiència, dos anys després, la DGAIA va retirar l'oposició, atesa la bona evolució del cas.
- La hipòtesi diagnòstica apunta a una greu situació d'estrès laboral dels pares (jornades de més de 12 hores) i a una fragilitat psíquica de la mare, les quals van portar a una situació greu de maltractaments el nen, però amb possibilitats de recuperació.

Situació actual del nen:

- Ben integrat en la seva família.

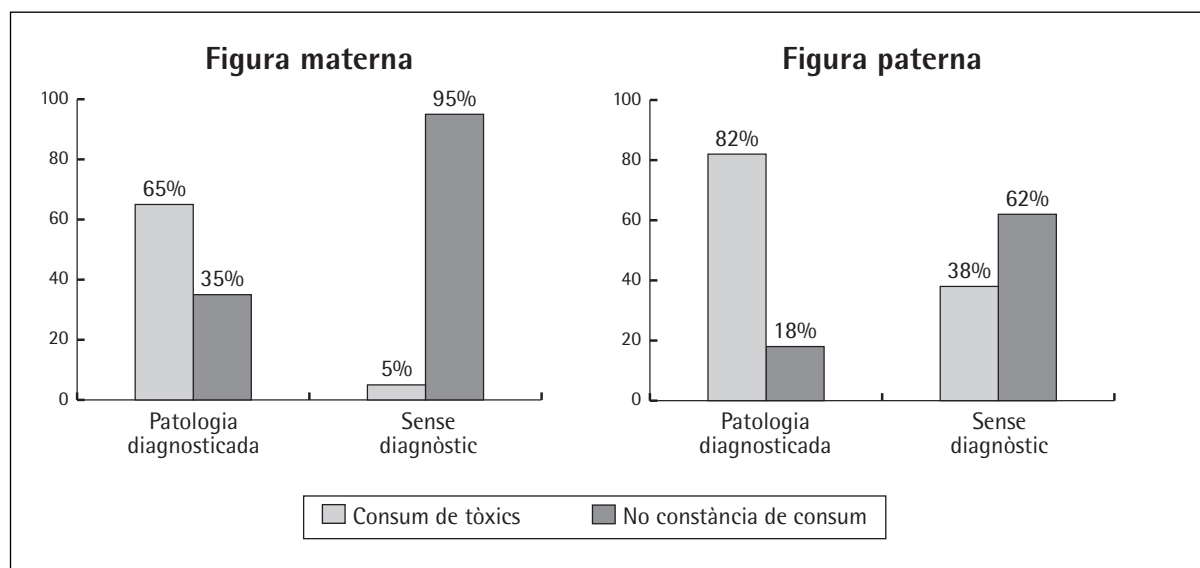
e) Relació entre trastorns psicopatològics i consum de tòxics

En aquest apartat s'han tingut en compte només aquells tòxics més deteriorants i de major repercussió conductual.

Les conductes addictives constitueixen un factor de risc amb relació als maltractaments. Segons Inglès (2000), ocupen el segon lloc (després de la incapacitat educativa) en importància entre els factors associats als maltractaments.

El consum de tòxics constitueix un element facilitador de la pèrdua del control de l'impuls agressiu i, per tant, pot estar en la base de la conducta de maltractaments.

Les dades obtingudes en aquest estudi resulten rellevants i adquireixen diferències significatives segons es tracti de progenitors amb diagnòstic psiquiàtric previ o sense a l'ingrés del nen al centre.



A partir d'aquestes dades podem hipotetitzar que hi ha una relació significativa entre alteracions psicopatològiques greus i consum de tòxics.

D'altra banda, el consum de tòxics, associat a l'existència de trastorn psiquiàtric es perfila com un predictor de risc amb relació a la conducta de maltractaments.

Seria important, en l'abordatge dels casos de maltractaments, poder especificar si el consum de tòxics es troba a l'inici de les alteracions psicopatològiques o ha estat utilitzat de forma secundària com a mitjà per mitigar el patiment psíquic o l'angoixa preexistent en aquests nuclis parentals tan fràgils. Sovint és en l'adolescència, quan comença a presentar-se aquesta simptomatologia. Per tant, és important explorar aquesta etapa evolutiva dels pares, ja que pot aportar indicadors significatius.

A més a més, en els casos amb diagnòstic psiquiàtric previ, tant en mares com en pares, es dona també una major incidència d'antecedents psiquiàtrics en avis i oncles.

f) Antecedents psiquiàtrics en família extensa

Les figures parentals amb patologia diagnosticada presenten un alt percentatge d'antecedents psiquiàtrics en família extensa: 35% en mares i 64% en pares.

Quan no hi ha patologia diagnosticada, aquest percentatge baixa considerablement: 11% en mares i 13% en pares.

La presència d'antecedents psiquiàtrics familiars, en pares amb patologia diagnosticada, és doncs cinc vegades superior a la constatada en els casos de pares sense diagnòstic de trastorn. En el cas de les mares és tres vegades superior.

En conseqüència, considerem important explorar els antecedents psiquiàtrics en els nuclis familiars d'origen, ja que aquests trastorns poden incidir de forma negativa en la qualitat de la relació, i per tant revertir, generació a generació, en trastorns de la vinculació. El deteriorament progressiu pot portar a una atenció inadequada cap al nadó i evolucionar fins als maltractaments.

En suma, la reflexió sobre els trastorns de personalitat i psicopatològics que presenten els nuclis parentals dels nens maltractats ens porta a ressaltar la constatació de l'excepcionalitat dels greus maltractaments infligits als seus fills petits. És evident que no tots els malalts mentals ni tots els toxicòmans agredeixen d'aquesta manera els seus fills i filles de curta edat.

En els casos de maltractament greu apareix un element comú entre ells i diferencial en relació amb altres situacions, que es concentra en les mancances i les alteracions que aquests pares han mantingut en els seus nuclis de suport primari: pares o mares malalts mentals, relacions agressives en el si de la família, manca de suport afectiu, etc. Són ambients familiars desèrtics quant a afecte i protecció.

Agreuja aquest quadre la impossibilitat que aquests pares i mares hagin pogut interioritzar, en la seva infància, els rols i les pautes adequats per exercir la funció de la maternitat: com tenir cura d'un nadó, què representa la fragilitat d'un infant, com ser un bon pare o una bona mare, etc.

Tal com expressa Crivillé (1987) en l'article *Els professionals enfront dels pares que maltracten els fills*, una parcel·la oblidada de la vida dels pares que maltracten reapareix i predomina en la relació amb el fill des del moment del seu naixement. El fill es converteix, per al pare, en un doble de si mateix i hi retroba les vivències de la seva infantesa. El pare o la mare repeteixen, així, amb el seu fill el tipus de relació que van tenir amb els seus pares i construeixen en el seu interior una escena en la qual ells són al mateix temps els nens que van ser i els pares que els van maltractar. Un exemple d'aquesta situació es troba en el cas d'un nen de 12 mesos, polifracturat i amb una síndrome de nen maltractat molt greu. L'actuació dels pares durant els episodis de maltractaments i en les visites vigilades amb el nen prenia l'aspecte de l'actuació d'un deliri, amb uns rituals i una escenificació, sempre la mateixa, inexplicable si no es tenien en compte elements de la història del pare.

Una explicació psicològica que exposa aquesta mateixa hipòtesi és la referida a la transmissió intergeneracional, per la qual es repeteix el cicle de maltractaments vers la descendència. Certament, la influència dels maltractaments rebuts durant la infantesa és un factor de risc per a la repetició d'aquest patró en el moment de la paternitat, però alhora es relativitza la seva influència i se circumscriu només a una part d'aquests pares. Sortosament, els casos en què es reproduïx el fenomen de la transmissió són menys que els casos en què no el reproduïxen. Tant la teoria del vincle (Rosenfeld, H. 1965; Bowlby, 1980; Crivillé, 1987; Kreisler i Soulée, 1990) com la de la transmissió intergeneracional (Ammerman, 1990) circumscriuen aquest fenomen a casos extremament greus, i que afecten els infants en etapes primerenques.

En els casos de maltractaments greus *destaca la manca de ressonància emocional d'aquests pares* davant de la constatació dels maltractaments. No poden connectar amb el dolor de l'infant, no els inquieten les possibles seqüeles dels cops i de les lesions que han infligit, i no indaguen en el sofriment del nen. Aquestes característiques són un dels principals indicadors del risc per a l'infant i de les greus dificultats de la recuperació dels pares. La constatació de la manca de ressonància emocional amb el dolor del nen és un dels indicadors decisius per a evitar el retorn del nen al nucli familiar.

Percepció i actitud de les famílies dels progenitors o responsables del menor davant de la situació de maltractaments

Un element imprescindible per a determinar les mesures de protecció dels infants maltractats, i especialment per a determinar si l'infant pot ser retornat a la família extensa (avis o oncles), és conèixer la situació de protecció en què es troba el menor, per part dels membres de les famílies extenses dels pares o responsables del menor. La Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció (DOGC núm. 1542, de 17 de gener de 1992), reconeix que, abans de lliurar un infant a una família aliena, s'han d'esgotar les possibilitats d'ubicar-lo en la seva pròpia família (retorn als pares o a la família extensa). Per això, caldrà avaluar en quina mesura aquestes famílies extenses coneixien els maltractaments abans de la denúncia, què van fer per evitar-los, quina reacció van tenir quan van saber que el nen era maltractat, i quina capacitat tenen per a fer-se càrrec del menor i assegurar-li les mesures de protecció que necessita per garantir la seva salut i el seu benestar psicosocial.

La forma habitual d'avaluació d'aquestes variables es basa en les entrevistes clíniques i psicossocials dutes a terme amb els membres de les famílies extenses. És a través de l'anàlisi de les accions que varen emprendre (denunciar els maltractaments, protegir l'infant al màxim d'hores possible, etc.) i de les opinions expressades verbalment, que els equips tècnics coneixen la dinàmica familiar, les interaccions i el joc d'emocions i afectes que els maltractaments han generat entre els membres de la família. El conjunt de dades extretes a través de les situacions d'avaluació i del diàleg (reiterat i successiu) amb els membres de la família extensa permet conèixer-ne la disponibilitat i la capacitat de protecció vers el menor.

No és fàcil determinar en quina mesura els familiars coneixien la situació de maltractaments o en tenien sospites, ja que en l'expressió o el diàleg sobre els maltractaments es posen en joc diferents mecanismes psicològics (negació, sentiments de culpa, temors, etc.), els quals fan difícil no únicament parlar sobre el tema, sinó aprofundir en les responsabilitats de cadascú.

En aquest apartat es valora el coneixement o la sospita que els avis o els oncles (materns i paterns) tenen sobre els maltractaments infligits al menor, les opinions que tenen sobre la capacitat dels progenitors (els seus fills o germans) per a tenir cura dels infants, les respostes davant dels maltractaments i la seva disposició a fer-se càrrec del menor. Finalment, es comenta la valoració que fa l'equip tècnic sobre les capacitats de les famílies extenses, materna i paterna, per tenir cura del menor i garantir-ne el benestar.

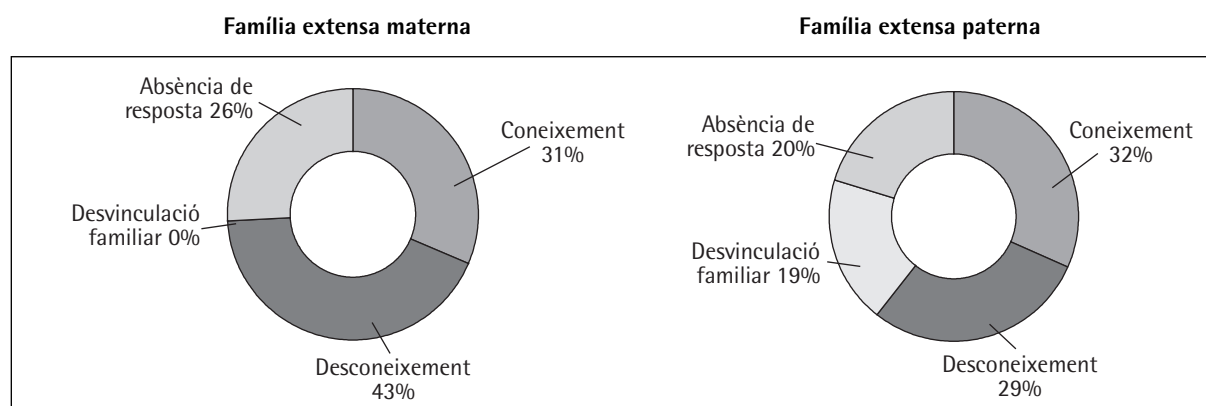
a) Reconeixement de la manca de protecció infantil per part de les famílies extenses dels progenitors o dels responsables dels menors

En les síntesis avaluatives, i a través de les expressions orals, s'han identificat les opinions que les famílies extenses dels progenitors o responsables dels menors han verbalitzat al llarg de les entrevistes mantingudes amb els tècnics dels serveis d'atenció a la infància (DGAIA). L'anàlisi d'aquest paràgraf es refereix a 35 famílies, ja que entre els 41 casos d'infants que componen la mostra n'hi ha que pertanyen a una mateixa família.

Per a l'anàlisi del reconeixement de la situació de manca de protecció dels infants, s'han establert les categories següents:

- *Reconeixement ple o parcial*: fa referència a aquells casos en què es té la certesa que els familiars coneixien la situació de maltractaments perquè així ho han verbalitzat, o es tenen sospites o s'accepta el coneixement del possible risc en què està el menor, però es desconeixen els fets.
- *Probable desconeixement*: fa referència als casos en què els familiars afirmen desconèixer la situació de maltractaments.
- *Desconeixement per desvinculació familiar*: fa referència als casos en què la família no pot tenir coneixement del que passa atesa la desvinculació entre la família extensa del menor i el nucli maltractador. Exemples d'aquesta categoria poden ser aquells en què el pare és desconegut, no hi ha relació entre el nucli familiar i la família extensa per llunyania, o desconnexió real, etc.
- *Absència de resposta*: inclou els casos en què no es disposa d'informació sobre el coneixement que els familiars tenen de la situació. Moltes famílies extenses no acudeixen a les citacions dels equips tècnics, tot i que se'ls cita tres vegades (mitjançant el sistema de comprovació de rebut). La por de ser identificats o culpabilitzats i el desinterès estan en la base d'aquesta manca de resposta de la família extensa.

El gràfic següent permet observar en quin grau les famílies extenses tenen coneixement de la situació de manca de protecció dels menors.



La família extensa materna coneix, en un percentatge del 31,5%, que l'infant està en situació de risc. Val a dir que l'1,4% de les famílies han verbalitzat ser coneixedores amb seguretat de la situació dels maltractaments infligits als infants. El desconeixement o probable desconeixement abraça el 42,8% de les famílies.

La família extensa paterna coneix, en un percentatge del 31,5%, que l'infant està en situació de risc. El desconeixement o probable desconeixement abraça el 28,5% de les famílies. El desconeixement dels fets per manca de vincles amb la família es dona en un 20% dels casos.

En les dues unitats familiars es dona un percentatge elevat de manca de coneixement dels maltractaments. Aquest fet pot estar vinculat a diverses causes, entre les quals cal esmentar la negació psicològica dels fets, o la seva ocultació tant des d'una perspectiva social com legal. En la família extensa paterna es dona un altre tipus de desconeixement que té com a base la desconnexió entre les dues famílies extenses dels progenitors. Entre les raons que avalen aquest tipus de desconeixement, cal esmentar el fet que el pare en sigui absent, per mort, abandonament o per ser desconegut.

b) Resposta davant dels maltractaments

La resposta afectiva o activa davant de la situació de maltractaments és una informació molt valorada pels professionals, ja que es vincula als mecanismes de protecció o capacitat de resposta per part de l'entorn, com també amb les possibilitats de connectar emocionalment amb el patiment del menor.

Per analitzar la resposta davant dels maltractaments es va tenir en compte el subgrup de famílies que van reconèixer la situació de manca de protecció del menor, abans de la detecció oficial. Un 26,28% dels casos tenien coneixement o sospites de la situació de maltractaments abans de la seva detecció per part de la xarxa hospitalària o social. Quines conductes han desenvolupat aquestes famílies davant aquesta situació?

Resposta davant dels maltractaments	Família materna	Família paterna
Intents de recerca d'ajut. Intents per esbrinar la veracitat de les sospites	27,3%	18,1%
Denúncia o demanda directa d'actuació per part dels serveis socials	18,2%	-
Inacció: Omissió de resposta	45,4%	54,5%
Despreocupació de la situació	-	9,1%
Hi ha tendència a la minimització o no consta la reacció	9,1%	18,1%

És llastimós haver d'esmentar que la resposta més freqüent és l'omissió de resposta o la inacció davant dels maltractaments. La meitat de les famílies (avis i oncles dels infants) que coneixen la situació de maltractaments eviten la presa d'accions d'ajut que afavoreixin el menor. La situació de manca de protecció vers l'infant és, doncs, evident. En alguns casos, tot i l'intent de recerca d'ajut, cal destacar que aquests intents no es tradueixen en respostes eficaces per la por a la reacció de la figura maltractadora, o del seu company.

La demanda directa d'ajut als serveis socials, per a resoldre la situació de maltractaments, abraça prop d'una cinquena part dels casos en les famílies maternes. En aquestes situacions, els avis porten el nét a l'hospital, o demanen ajut als serveis socials pertinents. Aquestes accions són les més efectives i signifiquen l'inici d'una protecció eficaç per a l'infant maltractat.

c) Opinió de les famílies extenses maternes i paternes sobre la capacitat dels progenitors o responsables dels infants per a tenir-ne cura

L'opinió que les famílies extenses tenen de la capacitat dels seus fills per a fer-se càrrec de l'atenció del menor ha de ser qüestionada per apreciar en quina mesura es poden prendre decisions de retorn del menor al nucli familiar.

Les opinions de la família materna s'ajusten als comentaris següents:

1. Respecte a la figura materna:

Els familiars manifesten opinions favorables –sobre la capacitat de la mare a ocupar-se del menor– en un 8,6% dels casos, i opinions desfavorables en un 20%. Es dona una situació de discrepància en aquest respecte en un 2,8% dels casos. En la resta dels casos, un 64,5%, es desconeix quina és l'opinió dels familiars, pels fenòmens esmentats abans: manca de reacció davant les consultes dels equips tècnics, absentisme en les convocatòries, incapacitat per a definir les seves opinions, etc. Els motius per desconfiar de la competència de la mare fan referència principalment a una actitud negligent derivada de la manca de responsabilitat materna (la família considera que és una persona influenciable, amb poc caràcter o poc responsable), o es refereixen també a problemes d'abús de substàncies o a un estat depressiu greu, o altres.

2. Respecte a la figura paterna:

Els familiars manifesten opinions favorables –sobre la capacitat del pare per a ocupar-se del menor– en el 5,7% dels casos, i opinions desfavorables en un 20%. En la resta dels casos, un 64,3%, es desconeix l'opinió dels familiars.

Els motius per desqualificar la competència paterna són la possessió d'un caràcter violent, considerar-lo una persona problemàtica o expressar una mala opinió generalitzada.

Les opinions de la família paterna s'ajusten als comentaris següents:

1. Respecte a la figura de la mare:

Els familiars manifesten opinions favorables –sobre la capacitat de la mare a ocupar-se del menor– en un 11,4% dels casos, i opinions desfavorables en un 42,8%. En un 28,5% dels casos es desconeix quina és l'opinió dels familiars en aquest respecte.

Els motius per desconfiar de la competència materna es concentren en la manca de satisfacció sobre la seva manera de ser i la consideren la responsable dels problemes de la família.

2. Respecte a la figura paterna:

Els familiars manifesten opinions favorables –sobre la capacitat del pare a ocupar-se i tenir cura del menor– en el 17,1% dels casos, i donen una opinió desfavorable en el 37,1% dels casos. Els motius per desqualificar la competència del pare es relacionen amb l'alcoholisme, el joc, les drogues i la valoració del pare com a persona conflictiva i agressiva.

Del conjunt de dades expressades es pot concloure que, en general, les famílies extenses no fan una defensa excessivament favorable dels seus fills i nores o filles i gendres en relació amb la seva capacitat per ocupar-se del menor, i més aviat es desenten de la situació. Els percentatges de defensa són més aviat minsos. Les famílies paternes sembla que tenen menys inconvenients a mostrar la seva opinió desfavorable envers els seus fills i filles que les famílies maternes.

Tanmateix, els equips tècnics es troben que sovint les famílies mostren temor cap als seus fills o filles polítics, i arriben a expressar que no volen o no poden fer-se càrrec del menor per por a la conducta dels pares (pare o mare) quan s'assabentin de la decisió de protecció envers els petits. Sovint comuniquen que en prendrien la guarda si la seva decisió pogués quedar en secret. L'agressivitat dels joves maltractadors els frena en l'acceptació de la guarda dels menors. És probablement el mateix tipus de por que ha fet que aquestes famílies s'allunyin dels seus fills o no comuniquin a les autoritats les situacions de maltractaments.

d) Disposició de les famílies extenses a fer-se càrrec del menor

La disposició a fer-se càrrec del menor implica que la família extensa pren la responsabilitat d'educar i de protegir el menor maltractat, en substitució dels pares biològics. En el procés de diagnòstic del maltractament i de proposta de la solució pertinent, aquesta pregunta és clau per a prendre la decisió de retornar l'infant a la seva família natural extensa, sempre que es tingui la certesa que aquest retorn no implicarà el restabliment dels lligams amb les figures maltractadores. Si se cerca la protecció de la família extensa és perquè la pròpia família (mare o pare) no pot prendre –per decisió tècnica o judicial– la responsabilitat de protecció de l'infant, i per tant caldrà assegurar-se que l'estança en la família extensa no deixa l'infant desprotegit dels seus drets de protecció enfront de les figures que l'han maltractat.

1. Disposició de la família materna:

La disposició per part de la família materna a fer-se càrrec del menor és favorable en un 48,5% dels casos i no favorable en un 28,5%.

Vegem amb més detall aquesta situació. Entre els casos favorables, un 31,4% de les famílies estan ben disposades a tenir cura del menor i un 17,1% accepta aquesta responsabilitat però amb certes condicions, perquè es comprometen únicament de forma temporal (per exemple: només en el cas que es decideixi el no retorn amb la mare, o quan es curin d'una malaltia, etc.).

Entre els casos no favorables, un 8,5% d'aquests declara no poder fer-se càrrec del menor i exposa una sèrie de raons amb fonament, mentre que el 20% es nega o no mostrar cap interès a acollir el menor.

Finalment, en un 22,8% dels casos no consta la posició de la família extensa materna, ja sigui perquè els professionals van descartar aquesta possibilitat des d'un principi i no van recollir la informació, o bé perquè aquestes famílies han actuat segons el cúmul de causes indicades abans que porten la família extensa a no presentar-se quan era citada, i a mantenir una conducta d'allunyament davant del problema.

2. Disposició de la família paterna:

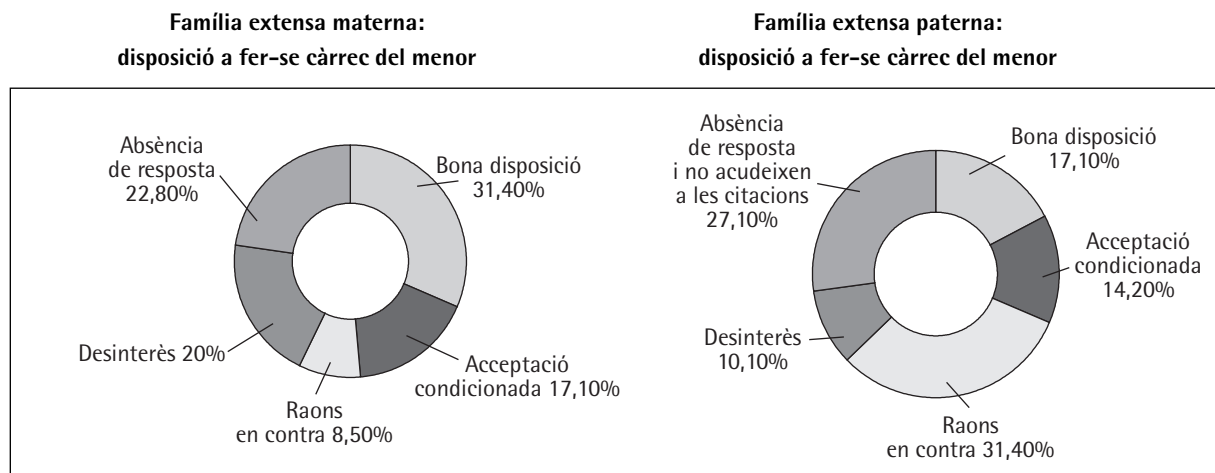
La disposició per part de la família paterna a fer-se càrrec del menor s'estableix de la manera següent:

Entre els casos favorables, un 17,1% expressa clarament la voluntat de fer-se càrrec del menor i un 14,2% dona respostes ambigües o hi posa condicions. En alguns casos, l'equip tècnic ha valorat que el desig de fer-se càrrec del menor no és gaire sincer, sinó que el provoca la demanda dels pares.

En un 31,4% dels casos no favorables, els familiars manifesten no voler fer-se càrrec del menor, perquè tenen por de les represàlies del pare o per una manca de sentiment de protecció vers el nen.

En un 20% dels casos no es disposa d'informació sobre la disposició dels familiars a fer-se càrrec del menor, i en un 7,1% dels casos hi ha una desvinculació de la família paterna (el pare està mort, és desconegut, o els vincles familiars estan trencats, etc.) que impedeix valorar la reacció de la família paterna.

Els gràfics següents il·lustren les variants esmentades sobre la disposició de les famílies extenses a fer-se càrrec dels menors maltractats.



La bona disposició per acollir el menor maltractat és superior (el triple dels casos) en la família materna que en la paterna. També ho és l'acceptació condicionada. En canvi, les famílies paternes troben i donen moltes més raons justificatives en contra de fer-se càrrec dels infants.

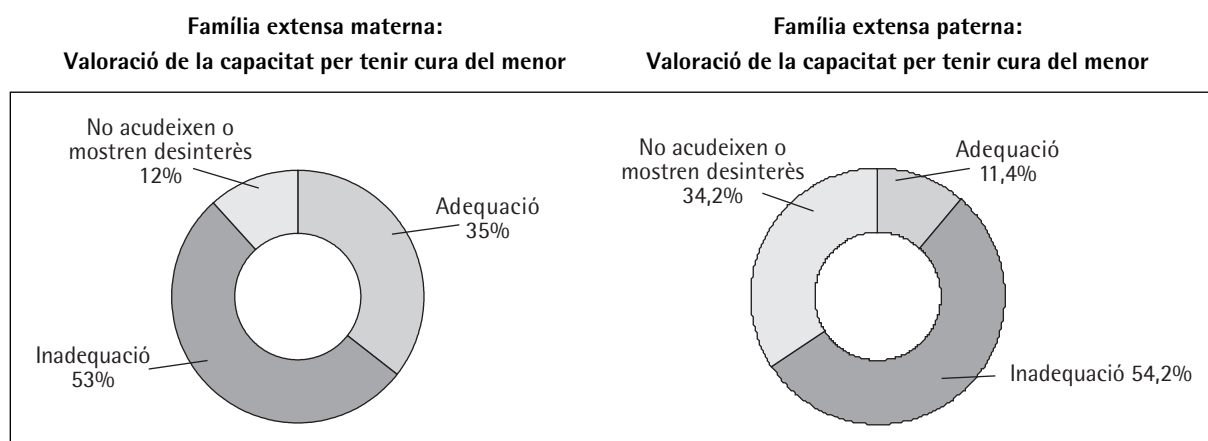
En les opinions donades per les famílies extenses maternes i paternes hi ha de vegades una manifestació ambigua entre el desig de protecció de l'infant, la competitivitat amb l'altra família i la necessitat d'alliberar-se de culpa. Si s'intueix que l'acceptació de la guarda té aquest significat, s'haurà de tenir molta cura, ja que l'objectiu a aconseguir és la protecció efectiva de l'infant i no l'exculpació de la família extensa.

e) Valoració de l'equip tècnic sobre les capacitats de les famílies extenses per a tenir cura del menor i protegir-lo

En els casos que els familiars s'han ofert com a possibles acollidors, l'equip en fa una valoració per determinar la capacitat d'oferir un ambient protector i adequat a les necessitats del menor. S'ha de tenir la seguretat que el menor no tornarà a ser maltractat, ni pels seus familiars ni pels acollidors futurs.

Als nens maltractats –que han estat provisionalment en els centres d'acolliment–, se'ls ha transmès el missatge que la situació no es tornarà a repetir, i que el centre i els professionals implicats es preocuparan d'emprendre accions que assegurin la seva defensa i protecció. A fi de donar als infants aquesta seguretat, cal que els equips tècnics s'apliquen en una selecció curosa de les famílies que els acolliran. S'ha d'evitar que es produeixin noves situacions de maltractaments, o que es reiterin els maltractaments, ja que està en risc la integritat física i psicològica dels menors.

El gràfic següent indica les valoracions fetes per l'equip tècnic sobre les capacitats de les famílies extenses per a tenir cura del menor.



L'equip dona més suport a la família materna que a la paterna, pel que fa a tenir cura dels infants maltractats. Recordem que les famílies maternes s'oferien també en major mesura que les paternes a fer-se càrrec dels menors.

El motiu principal adduït pels professionals per rebutjar l'ofertament de la família extensa com a acollidora fa referència a les deficiències en la capacitat acollidora o en la capacitat de resposta a les necessitats presents o futures de l'infant. Els elements concrets que fonamenten aquesta decisió són:

- La possibilitat de proximitat física o emocional amb la figura materna o paterna que ha maltractat o ha permès els maltractaments. En aquestes situacions, els mecanismes de protecció de la família extensa poden fallar, bé pel fàcil accés o la intrusió de la mare o el pare maltractador, bé perquè la proximitat emocional no permet als familiars acabar-se de creure la implicació de la mare o el pare en els maltractaments, i, per tant, facilita una actitud de confiança que pot ser perjudicial.
- La incapacitat de la família, demostrada en el passat, per evitar desprotecció del menor.
- La manca de recursos personals per oferir un ambient afectiu estable i sòlid.
- O altres circumstàncies familiars com: l'edat molt avançada (encara que es pot testificar que s'ha donat la guàrdia i tutela a àvies en edat de jubilació i, fins i tot, més avançada), l'estat de salut dels membres de la família, o el fet de ser un nucli de parella amb problemes de relació (oncles amb una relació de parella inestable i conflictiva, avis en constant discussió, etc.).

Malauradament no sempre coincideix la disposició de la família per a fer-se càrrec del menor amb la valoració de l'equip tècnic. S'ha de recalcar que al llarg del procés diagnòstic, hi ha famílies que retiren la seva oferta inicial i en altres casos l'equip les considera no pertinents. Es dona un procés complicat en què influeix la pressió dels pares sobre les famílies extenses, la qual cosa implica que finalment tan sols s'hagi pogut materialitzar un percentatge del 19,5% dels nens acollits per la família extensa.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed., 2nd ed., 3rd ed., 3rd ed. rev., 4.^a ed., 4.^a ed. rev.). Washington, D. C. 1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2002.
- Ammerman, R. T. Etiological models of child maltreatment: A behavioral perspective. *Behavior modification*, 14, (3), 1990. P. 230-254.
- Arrubarrena, M. I.; De Paúl, J. *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide, 1994.
- Arrubarrena, M. I.; De Paúl, J.; Torres, B. *El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. Guía básica de utilización*: Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996a.
- Arrubarrena, M. I.; De Paúl, J.; Torres, B. *El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. Definición y manifestaciones. Indicadores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996b.
- Baño Rodrigo, A.; Casado Flores, J. «Pobreza y maltrato». A J. Casado Flores; J. A., Díaz Huertas i C. Martínez González, (ed). *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997.
- Batra, P.; Oberman, M. *Neonaticide: Secret Lives*. In *ABSTRACTS of Family Research laboratory and crimes against children*. Research Center. Poster presentat al 7th International Family Violence Research Conference. Portsmouth. Hampshire. USA, 2001.
- Bowlby, J. *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books, 1980.
- CIE-10. *Clasificación internacional de enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, 1992.
- Connelly C. D.; Straus, M. A. Mother's age and risc for physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 709-718, 1992.
- Crivillé, A. *Els professionals enfront dels pares que maltracten els fills*. Ponència presentada a la Jornada de Treball sobre l'Infant Maltractat, 1987.
- De Paúl. Características psicológicas de los agresores físicos infantiles intrafamiliares, a E. Echeburúa (ed): *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide, 1996.
- De Paúl [et al.]. *Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo*. Vitoria: Departamento de Trabajo y Seguridad Social. Ministerio de Justicia, 1998.
- De Paúl, J. Características psicológicas de los agresores físicos infantiles intrafamiliares. A E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide, 1996.
- De Paúl, J.; Domenech, L. Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: a longitudinal study. *Child Abuse and Neglect*, 24, (5). 2000. P. 701-713,.
- DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1994.
- Inglés, A.; Farras, J.; Rafel, R.; Sendra, R. *El maltractament d'infants a Catalunya. Quants? Com? Per què*. Barcelona: Departament de Justícia, 2000.
- Kaplan, I.; Sadock, B. I. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1989.
- Kent, L.; Laidlaw, J. D. D.; Brockington, I. F. Fetal Abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21 (2). 1997. P. 181-186.
- Kreisler, L.; Soulée, H. *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris: La vie de l'enfant, 1990.
- Martínez Roig, A. *Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals de la sanitat*. Barcelona. Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social, 1991.
- Mena, J. M.; Casado Flores, J. Hijos de padres alcohólicos: un grupo de riesgo. A J. Casado Flores, J. A. Díaz Huertas i C. Martínez González (ed.) *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1997.
- Rosenfeld, H. Psicopatología del narcisismo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, II (1), 1995.

- Rumm, P. D.; Cummings, P.; Krauss, M. R.; Bell, M. A.; Rivara, F. P. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24, (11). 2000. P. 1375-1381.
- Simón Rueda, C.; López Taboada, J. L.; Linaza Iglesias, J. L. *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas, 2000.
- Torres, B.; Arruaberrena, M. I.; De Paúl, J. *Evaluación de los casos de maltrato infantil. Entrevista semiestructurada para padres. Cuaderno 3: Guía de preguntas*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996.
- Vaillant, G. E.; Perry, J. Ch. Trastornos de la personalidad. A I. Kaplan i B. I. Sadock (Eds). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1989. P. 949-977.

ASPECTES JURÍDICS DELS MALTRACTAMENTS INFANTILS

En el nostre ordenament jurídic, com també succeeix en les diferents legislacions de l'àrea geogràfica més propera, el menor és considerat com un subjecte que té dret a una protecció especial, tant pel que fa a les seves característiques de vulnerabilitat com per ser un subjecte que està en procés de desenvolupament.

Malgrat aquesta situació, això no ha estat sempre així, atès que fins a un temps molt recent, el menor era considerat més un objecte de dret que no pas un subjecte, ja que sota el concepte protecció del menor s'han desenvolupat actuacions contràries als principis jurídics més elementals. Afortunadament aquesta concepció ha anat avançant i podem dir que en l'actualitat s'han produït avenços notables en la protecció jurídica del menor.

Normativa internacional

En relació amb les normatives que han significat un canvi en aquesta concepció, hauríem de destacar les promulgades tant per les Nacions Unides com pel Consell d'Europa.

No farem un examen exhaustiu d'aquests textos, ja que no és la finalitat d'aquest treball, però sí que creiem interessant ressaltar alguns enunciats que ens facilitin una fotografia de com, des d'aquests organismes, s'entén la protecció jurídica del menor.

Ens referirem únicament a la Convenció dels drets del nen, promulgada per les Nacions Unides l'any 1989.

Aquest text va suposar un gran canvi de paradigma en la regulació dels drets dels nens i de les nenes, ja que fins aleshores no hi havia cap normativa que recollís de forma única i específica quins aspectes eren de referència obligatòria en legislar sobre aquesta matèria.

Podríem destacar quatre qüestions bàsiques:

- S'entén com a nen o nena tota persona de menys de 18 anys. Segons la matèria de què es tracti, trobem diferents edats a l'hora d'atorgar drets i obligacions als menors.

En els delictes que tractem, les edats de 12 o de 13 anys marcaran la diferència tant pel que fa al concepte de vulnerabilitat com al del consentiment.

- En totes les mesures relacionades amb els menors, que s'acordin des de les administracions públiques, els tribunals o els organismes legislatius, es tindrà en compte l'interès del nen i de la nena.
- Els estats han d'adoptar les mesures legislatives, administratives, socials i educatives apropiades per protegir els nens i les nenes contra qualsevol forma de perjudici o d'abús físic o mental, tracte negligent, maltractaments o explotació sexual.

Per tant, hem de parlar de les mesures preventives que s'haurien d'adoptar des de les diferents administracions per evitar o disminuir, en la mesura que sigui possible, les situacions de maltractaments en general a menors, tant en el nucli familiar com en els diferents àmbits socials.

- Els estats han d'adoptar les mesures necessàries per potenciar la recuperació física i psicològica del menor que hagi patit qualsevol tipus d'abús.

En l'apartat que desenvolupem a continuació, s'aborden els maltractaments infantils des d'una perspectiva jurídica, tot tenint en compte els aspectes que regula la normativa civil, tant pel que fa als principis generals que informen sobre la protecció a la infància com en relació amb les mesures que es poden acordar, i també la regulació que fa la normativa penal sobre els comportaments que considera delictes, com es castiguen aquestes conductes i de quina manera es preveu la protecció de les víctimes.

Els maltractaments a menors s'han produït en totes les èpoques de la història, en les diferents capes socials i les persones agredides són menors de totes les edats. Hem de tenir en compte, però, que les denúncies que es presenten en aquests casos no coincideixen habitualment amb les xifres reals dels maltractaments que es donen. Aquesta realitat sol ser molt més elevada, ja que sovint els fets es produeixen en un ambient de privacitat, en el domini familiar i amb un cert encobriment.

En totes les actuacions jurídiques que es poden derivar en tractar situacions de maltractaments, es fa necessari tenir en compte els principis següents: l'interès superior del menor, els drets de la víctima, el principi de mínima intervenció i les garanties o exigències formals de la prova en el judici penal (oralitat, contradicció, publicitat i immediació). D'altra banda, i atès que hi ha distintes instàncies que poden actuar quan estem enfront d'aquestes situacions, cal articular uns mecanismes que determinin la intervenció dels diferents professionals. En aquest sentit, cal destacar els protocols bàsics d'actuacions en abusos sexuals i maltractaments a menors que s'han firmat en les demarcacions de Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona a partir de l'any 1999.

Normativa estatal

El marc normatiu que regula la protecció dels menors que pateixen maltractaments està emmarcat pels principis constitucionals, que determinen els drets i els deures en què s'han d'assentar tant el sistema punitiu com el de protecció que es desenvolupi.

Els articles que s'han de tenir en compte són:

- la dignitat de la persona i el lliure desenvolupament de la personalitat (art. 10.1),
- el dret a l'educació (art. 27.1),

- el dret a la vida i a la integritat física i moral (art. 15),
- el dret a la igualtat sense discriminació (art. 14),
- la protecció social, econòmica i jurídica de la família (art. 39.1).

L'Estat espanyol es reserva com a competències exclusives la regulació de l'Administració de justícia, del dret civil, excepte en les comunitats autònomes on hi ha dret civil o foral especial, com succeeix a Catalunya, i de les normes penals o processals.

A la Comunitat Autònoma de Catalunya, a l'àmbit civil, cal fer referència a la normativa següent: el Codi de família, la Llei 37/1991, sobre les mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció (modificada per la Llei 8/2002), com també el reglament que la desenvolupa i la Llei 8/1995, d'atenció i protecció de la infància i de l'adolescència, totes elles d'aplicació exclusivament en l'àmbit autonòmic. En l'àmbit estatal i de forma supletòria, en relació amb l'aplicació de les normatives anteriors, cal fer esment al Codi civil, la Llei d'enjudiciament civil i especialment a la Llei orgànica 1/1996, de protecció jurídica del menor.

D'altra banda, i en relació amb les competències relatives a la protecció dels menors i a la regulació dels serveis socials, que són d'àmbit autonòmic, cal esmentar el Decret legislatiu 17/1994, que aprova la fusió de les lleis en matèria d'assistència i serveis socials.

Per tant, en l'abordatge de les situacions de maltractaments es poden derivar dos tipus d'intervencions diferenciades, però alhora relacionades: una de caràcter civil, en què s'ha de donar protecció al menor que pateix els maltractaments, i una altra de caràcter penal, en què es castiga els infractors.

Tractament dels maltractaments des del dret civil

En els supòsits que la mateixa família del menor, víctima d'uns maltractaments, hagi estat l'agressora, o bé no sigui capaç d'oferir-li l'ambient protector adient, ens trobem davant d'una situació en què s'han d'adoptar les mesures protectores que determina la llei. Fins a la modificació del Codi civil per la Llei 21/1987, d'11 de novembre, eren els jutges dels tribunals de menors els competents per determinar la suspensió de l'exercici de la pàtria potestat dels pares. A partir de l'esmentada reforma, es produeix una desjudicialització del sistema de protecció dels menors. És l'Administració, a partir d'aquell moment i a través dels organismes competents de les respectives comunitats autònomes, la competent per declarar la situació de desemparament d'un menor, suspendre la pàtria potestat dels pares i assumir les funcions tutelars en relació amb els menors, amb la finalitat d'adoptar les mesures recollides per la llei que s'estimin adients.

El concepte de pàtria potestat ha anat evolucionant en el temps: ha passat d'ésser un poder quasi absolut del pare a ser considerat com una funció conjunta del pare i la mare, que comporta unes obligacions i que s'exerceix en interès dels fills i d'acord amb la seva personalitat. Aquest concepte ha estat substituït en el Codi de família de Catalunya pel concepte més adient de potestat del pare i de la mare.

La competència de l'Administració per poder incidir en l'àmbit d'una institució juridicoprivada, com ara la potestat dels pares en relació amb els seus fills, determina subjectivament l'existència de menors en situació de desemparament.

El concepte de desemparament defineix una situació de fet en la qual al menor li manquen els elements bàsics per al desenvolupament integral de la seva personalitat. La Llei 37/1991, de protecció de menors, recull expressament en el seu article 2.2 com un dels supòsits de desemparament el fet que el menor presenti signes de maltractaments físics o psíquics, d'abusos sexuals, d'explotació o altres de naturalesa anàloga.

La declaració de desemparament no requereix la intervenció judicial i comporta l'assumpció de les funcions tutelars respecte del menor per part de l'Administració. Aquesta declaració implica la suspensió de la potestat dels pares i suposa que l'Administració tindrà la representació i l'administració dels béns dels menors, com també l'exercici de les funcions de guarda, la qual es pot delegar en una família acollidora o en la direcció del centre on ingressi el menor.

Les mesures que es poden adoptar, segons regula la Llei 37/1991, de protecció dels menors i de l'adopció, quan l'Administració ha assumit les funcions tutelars, són les següents:

- Atenció a la pròpia família.
- Acolliment simple per una persona o una família.
- Acolliment simple en un centre propi o col·laborador.
- Acolliment preadoptiu.
- Qualsevol altra mesura aconsellable, de caràcter assistencial, educatiu o terapèutic, ateses les circumstàncies del menor.

Si els pares o tutors no estan d'acord amb la declaració de situació de desemparament efectuada per l'Administració, poden plantejar la seva oposició davant dels jutjats de 1a instància del domicili de l'entitat protectora. L'oposició plantejada no impedeix l'execució de la mesura adoptada per l'Administració.

El procediment que se segueix per a la tramitació de l'oposició a les mesures dictades per l'Administració en relació amb la protecció dels menors, el regula la Llei 1/2000, d'enjudiciament civil (art. 779 i 780), mitjançant el procediment especial «De l'oposició a les resolucions administratives en matèria de protecció de menors», i és sempre necessària la intervenció del Ministeri Fiscal. Les resolucions judicials que es dictin poden ser recorregudes mitjançant un recurs d'apel·lació davant l'Audiència Provincial.

Les mesures successives que es puguin adoptar al llarg de la intervenció protectora de l'Administració poden ser novament objecte d'impugnació davant dels tribunals per part dels pares o tutors dels menors.

Respecte dels menors objecte del present estudi, la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) va declarar en tots els casos la situació de desemparament del menor, i va assumir les funcions tutelars amb la suspensió corresponent de la potestat dels pares.

Els menors van ingressar en un centre d'acolliment amb la finalitat de garantir-ne la protecció immediata i elaborar l'estudi i el diagnòstic de la situació familiar, com també proposar la mesura més adient als seus interessos.

Les propostes fetes pels equips tècnics i els centres d'acolliment, després del diagnòstic, s'expliciten en la taula següent.

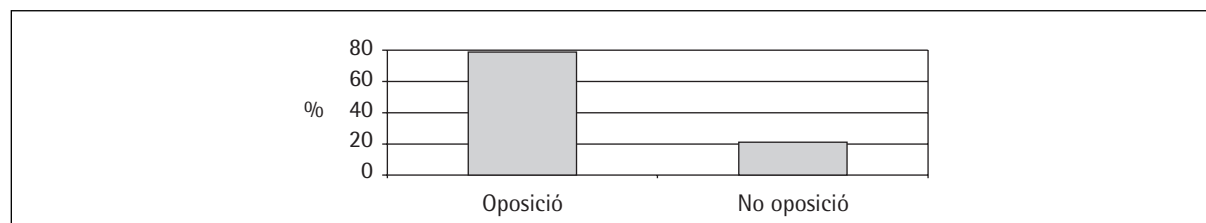
Propostes fetes pels equips tècnics dels centres d'acolliment, després del procés diagnòstic

PROPOSTA	PERCENTATGE
Acolliment familiar preadoptiu	57,1
Retorn als pares En el 9,8% dels casos els pares van reconèixer el maltractament	12,2
Retorn a la mare	2,42
Retorn al pare	2,43
Acolliment per la família extensa En tres casos es va interrompre l'acolliment per maltractaments o manca de protecció per part de la família extensa	19,5
CRAE (Centre Residencial d'Acció Educativa)	4,9
Acolliment familiar simple (família aliena)	2,43

Amb la finalitat doble de poder reflexionar sobre el procés de protecció dels menors objecte del present estudi i també poder valorar la fiabilitat i la validesa del procés diagnòstic fets als centres d'acolliment, és imprescindible l'anàlisi del procés legal-administratiu que van seguir, i la comparació entre la proposta feta pel centre d'acolliment i la situació actual d'aquests menors.

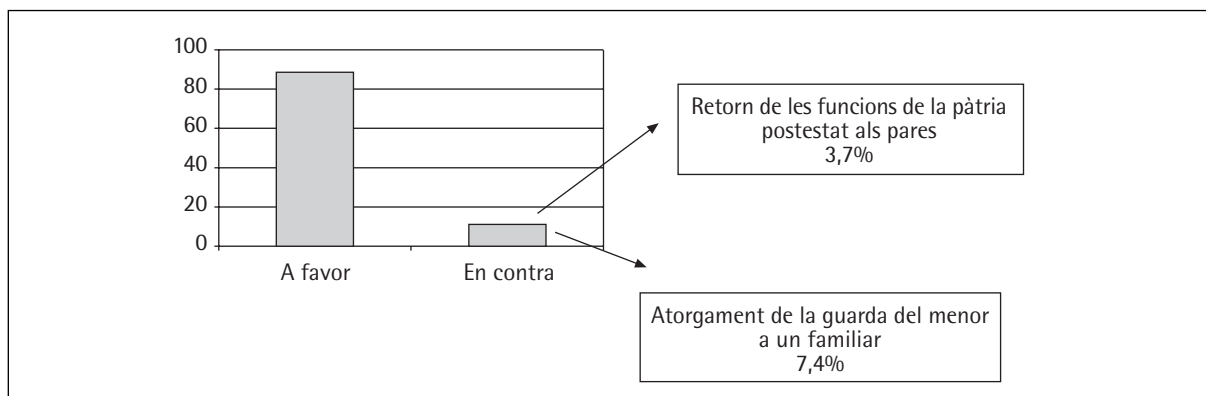
Respecte del procés legal-administratiu, la mostra objecte d'aquest estudi fou de quaranta-un menors, com ja s'ha assenyalat anteriorment, si bé l'anàlisi legal s'ha fet sobre trenta-tres casos, ateses les dificultats d'accés a la totalitat de la informació.

En vint-i-sis d'aquests trenta-tres casos, els pares dels menors van presentar oposició davant dels jutjats de primera instància perquè no estaven conformes amb la decisió adoptada per l'Administració (78,8%). En set dels casos, la família no va presentar oposició davant dels tribunals a la decisió adoptada (21,2%). El gràfic següent il·lustra aquesta distribució.

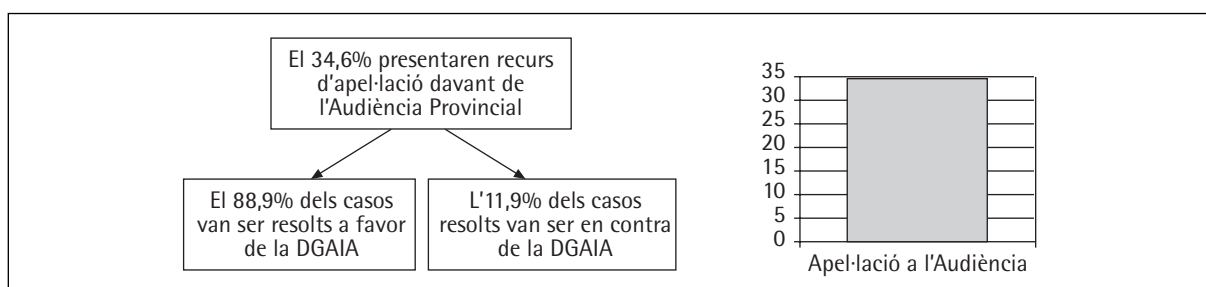
Conformitat dels pares davant la decisió de l'Administració

Els jutjats de primera instància van resoldre a favor de la proposta presentada per la DGAIA en vint-i-tres dels supòsits (88,5%) i en contra de la proposta presentada per la DGAIA en tres dels casos (11,5%).

Resolució dels jutjats de primera instància en relació amb la proposta de la DGAIA



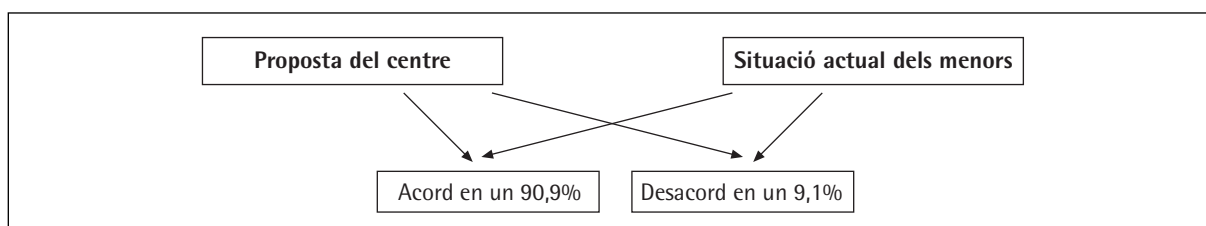
Dels tres supòsits en què el jutjat de primera instància va resoldre en contra de l'Administració, en un cas va retornar les funcions de la pàtria potestat als pares, i en els altres dos casos va atorgar la guarda del menor a un familiar (àvia i oncles) amb el manteniment de les funcions tutelars per part de l'Administració.



Dels vint-i-sis casos en què es va formular oposició judicial, en nou dels supòsits (34,6%) es va presentar un recurs d'apel·lació davant l'Audiència Provincial. Aquesta va resoldre a favor de les propostes de la DGAIA en vuit dels casos (88,9%) i va resoldre en contra en un cas (11,1%), si bé de forma parcial, atès que no va accedir a l'acolliment preadoptiu del menor (proposta de l'Administració), però tampoc no el va retornar als pares, sinó a la família extensa, fet que significa un reconeixement dels maltractaments patits pel menor.

En relació amb l'anàlisi comparativa entre les propostes efectuades pel centre d'acolliment i la situació actual dels menors, ens trobem que hi ha acord en trenta dels casos (90,9%) i desacord en tres dels casos (9,1%).

Grau d'acord o de manca d'acord entre la proposta del centre i la situació actual dels menors



D'aquests tres casos, en un, la proposta efectuada pel centre d'acolliment va ser l'adopció del menor per la família aliena, encara que després d'elaborar un pla de treball amb els pares per part de l'EAlA (Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència) del territori, el menor va retornar amb aquests. En els altres dos supòsits també la proposta del centre d'acolliment era l'adopció del menor per una família aliena, però per via judicial es va retornar el menor als seus pares o a la família extensa. (En aquests dos casos el nivell sociofamiliar era alt, amb estudis superiors dels pares, tècnicament el diagnòstic dels maltractaments era molt clar.)

Tractament dels maltractaments des del dret penal

a) La víctima

Històricament, el sistema penal ha orientat els seus esforços i actuacions de forma exclusiva envers el delinqüent, tant pel que fa als drets d'aquest en el procés penal com en relació amb l'execució de la sentència. En aquest sentit, hem de parlar de principis com la presumpció d'innocència, el dret de defensa, la rehabilitació, el tractament o la integració social. Assistim, però, d'un temps ençà, a un procés en què s'està produint un canvi en la concepció de la víctima en el dret penal i en la política criminal que afecta també els menors.

Hem de tenir en compte que darrere d'un delicte hi ha una víctima que, com a conseqüència d'aquest, pot patir un dany o un perjudici (victimització primària), com també experimentar, amb freqüència, un impacte emocional en entrar en contacte amb el sistema penal (victimització secundària). Per tant, es fa necessari articular uns mecanismes tant de caire judicial com social, que facilitin a la víctima la seva participació en el procés penal.

En aquesta matèria, tant les Nacions Unides com el Consell d'Europa s'han pronunciat en distintes recomanacions en el sentit que els legisladors i els poders públics han d'oferir a les víctimes atenció, assistència i els mitjans per obtenir una compensació pels perjudicis que han patit.

D'aquestes recomanacions destaquem, per la seva transcendència, les següents:

- En l'àmbit policial:
 - Normalment, són els primers professionals amb qui contacta la víctima, per tant, té molta importància l'actitud que adoptin envers ella.

Els drets que l'assisteixen en aquest moment són:

- Dret a rebre informació sobre tots els serveis assistencials o jurídics existents.
- Dret a una protecció i un ajut immediats.
- En l'àmbit processal:
 - Que s'adoptin les mesures per evitar la victimització secundària: sales separades entre l'agressor i la víctima, possibilitat de declarar per vídeo, indemnització per les despeses ocasionades, protecció de la vida privada en l'interrogatori i protecció de la integritat física.
- Mesures per incrementar el rol de la víctima en el procés:
 - Dret a ser informada del procés.
 - Assistència lletrada gratuïta.

b) Els delictes

El Codi penal, en la seva doble projecció com a mitjà de control social i norma de protecció de la víctima, tipifica les diferents conductes que considera sancionables penalment i estableix els mecanismes de protecció per a les víctimes.

Els delictes que defineixen la situació jurídica de maltractaments cap als menors són: les lesions, les amenaces, els diferents tipus de delictes contra la llibertat sexual i els d'abandonament de menors.

Pel que fa als delictes de lesions, que són l'objecte de l'estudi, hem d'entendre com a sancionats amb una pena d'entre 6 mesos i 3 anys, els comportaments que provoquin un dany físic o mental en les persones i que necessitin un tractament mèdic o quirúrgic. En la mostra estudiada les lesions que presenten els menors són hematomes, contusions, traumatismes, cremades, ofegaments i intoxicacions, que en molts casos s'han donat de forma múltiple.

Es preveu una sanció més elevada (de 2 a 5 anys) quan s'han utilitzat armes o mitjans perillosos per a la vida o la salut de la persona, en els casos d'acarnissament o si la víctima és menor de 12 anys.

Una de les darreres modificacions del Codi penal preveu el delicte de violència domèstica (amb penes de 6 mesos a 3 anys). En efecte, es regula sota el concepte d'habitualitat el comportament violent tant físic com psíquic cap a les persones amb qui es convisqui. Malgrat que habitualment associem aquest enunciat a la violència sobre les dones en el si de la família, la regulació legal vol anar més enllà i incloure-hi també les agressions que es donen sobre qualsevol altra persona que formi part del nucli familiar.

- El Codi penal regula també els delictes contra la llibertat sexual que, malgrat no formar part de les agressions que han patit els menors objecte de l'estudi, cal esmentar en aquest apartat. En el Codi, es prohibeix l'exercici de la sexualitat amb menors quan pugui afectar el desenvolupament de la seva personalitat, i produir danys físics i psíquics que els impedeixin en el futur exercir lliurement la seva sexualitat.

En els tipus delictius es diferencien els comportaments segons la utilització de violència o intimidació, si hi ha accés carnal o introducció d'objectes, si es donen circumstàncies especials que requereixin major reprovament o si no hi ha consentiment de la persona.

El Codi distingeix entre l'agressió sexual, que significa atemptar contra la llibertat sexual d'una altra persona, amb violència o intimidació, i violació quan l'agressió sexual d'accés carnal per via vaginal, anal o bucal, o motivada per la introducció d'objectes per via vaginal o anal en què es consideren fets especialment reprovables, entre altres, quan la víctima és especialment vulnerable per l'edat sempre es considerarà d'aquesta manera quan sigui menor de 13 anys i també quan hi hagi una relació de superioritat o parentiu, per ser ascendent, descendent o germà de la víctima. El Codi penal també preveu l'abús sexual: quan, sense violència o intimidació i sense consentiment, es facin actes que atemptin contra la llibertat o la indemnitat sexual d'una altra persona. En tot cas, són abusos sexuals no consentits els fets a menors de 13 anys o a persones privades de sentit.

Altres delictes previstos en aquest títol són l'exhibicionisme, la provocació sexual, la prostitució i la corrupció de menors.

Finalment hem de tenir en compte que, en els delictes de lesions, maltractaments i els que atempten contra la llibertat sexual, es modifiquen els terminis per computar la prescripció del delicte: es tindrà en compte la data a partir de la qual el menor faci els 18 anys.²⁸

c) El procediment penal

La denúncia implica l'inici de les actuacions policials o judicials.

Les fases del procediment penal són:

- La fase preparatòria: encaminada a preparar el judici; durant aquesta fase es practiquen les diligències d'investigació dels fets.

La finalitat d'aquesta fase és conèixer la naturalesa i les circumstàncies del fet, les persones que hi han participat i l'organisme competent per a l'enjudiciament.

Es consideren primeres diligències consignar les proves del delicte, recollir les dades que portin a la identificació de l'infractor, detenir, si escau, l'infractor i protegir els ofesos o perjudicats o la seva família.

- Les proves del delicte

La Llei d'enjudiciament criminal preveu que, pel que fa a les declaracions dels testimonis quan siguin menors d'edat, el jutge –tenint en compte el delicte i les circumstàncies dels menors– podrà acordar en una resolució motivada i amb un informe pericial previ que s'eviti la confrontació visual del testimoni amb l'inculpat a través de qualsevol mitjà tècnic o audiovisual que faci possible la pràctica d'aquesta prova.

Un altre tipus de prova important en aquests delictes serà la pericial.

En els procediments judicials, el perit intervé en els casos que, per conèixer els fets o les seves circumstàncies, són necessaris o convenients uns coneixements científics o pràctics. En el desenvolupament de les seves funcions, haurà de tenir en compte els informes mèdics del moment en què s'han detectat les lesions.

Davant les característiques dels delictes esmentats amb anterioritat, els especialistes requerits de forma més freqüent són els metges forenses per valorar les lesions físiques que puguin apreciar, o els psicòlegs pel que fa al grau d'afectació, les seqüeles o la veracitat del relat per part de la víctima.

El dictamen haurà de ser al més detallat i concret possible. En aquells casos que no hi hagi una garantia absoluta de l'existència dels abusos per la manca de proves físiques, caldrà fer referència a altres aspectes com ara l'absència de fabulació en les explicacions fetes per la víctima. Normalment no hi ha una única prova que ens confirmi un delicte, seran un conjunt de dades que ens donaran el diagnòstic.

- Les mesures de protecció

Les mesures de protecció, les pot adoptar el jutge quan sigui estrictament necessari, tenint en compte la situació econòmica de l'inculpat i els requeriments de la seva salut, la situació familiar i l'activitat laboral.

28. Aquesta possibilitat es considera per als delictes d'homicidi, avortament no consentit, lesions, maltractaments, detencions il·legals, tortures, delictes contra la llibertat sexual i contra la intimitat.

Les mesures que es poden adoptar per protegir la víctima són:

- Prohibició de residir en un lloc determinat, un barri, un municipi, una província o una altra entitat local o comunitat autònoma.
- Prohibició d'anar a un lloc determinat, un barri, un municipi, una província o una altra entitat local o comunitat autònoma.
- Prohibició d'apropar-se o comunicar-se amb determinades persones.

En els processos que es desenvolupin per determinats delictes, el jutge ha d'assegurar la comunicació a la víctima dels actes processals que puguin afectar la seva seguretat.

El jutge d'instrucció ha de donar per finalitzada aquesta fase quan s'hagin formulat les actuacions necessàries perquè el Ministeri Fiscal faci l'acusació.

- La segona fase del procediment és la intermèdia. Aquesta fase té per objectiu determinar si hi ha els supòsits necessaris per a l'obertura del judici oral o no. Si no n'hi ha prou ha de decretar el sobreseïment de la causa.

Les parts, l'acusació i la defensa, han de redactar els escrits d'acusació que han d'establir els fets, la qualificació legal que tenen, el grau de participació dels autors, les circumstàncies modificatives de la responsabilitat, les penes que sol·liciten, la responsabilitat civil i les proves que pensen utilitzar en el judici oral.

- La tercera fase és el judici oral: és el moment del veritable enjudiciament.

L'inici es fa mitjançant la lectura pel secretari dels escrits d'acusació i de defensa. El pas següent és la pràctica de la prova, finalitzada la qual es demana a les parts si mantenen o modifiquen les seves conclusions. Els darrers actes són els informes orals i la paraula de l'acusat.

Pel que fa a la pràctica de les proves en el judici quan el testimoni sigui menor d'edat, el jutge podrà, en interès del menor i mitjançant una resolució motivada amb un informe pericial previ, acordar que sigui interrogat evitant la confrontació visual amb l'inculpat, utilitzant qualsevol mitjà tècnic o audiovisual que faci possible la pràctica d'aquesta prova.

d) Les penes

La sanció prevista per als tipus de delictes que tractem és la pena de presó. Excepcionalment es preveu també l'arrestament de caps de setmana i la multa. Si els autors de les infraccions són els pares o els guardadors, es pot imposar també la inhabilitació especial per a l'exercici de la pàtria potestat, la tutela, la curatela, la guarda o l'acolliment.

Es regula també que, en determinats delictes entre els quals trobem els que estem tractant, els jutges podran acordar la imposició d'una o diverses de les prohibicions següents, tenint en compte la gravetat dels fets o el perill que l'infractor representi, per un període màxim de 5 anys:

- D'apropar-se a la víctima o als familiars que es determinin.
- De comunicar-se amb la víctima o els familiars que es determinin.
- De tornar al lloc on s'ha fet el delicte, o anar on resideix la víctima o la seva família.

Finalment, hem de tenir en compte la Llei orgànica 1/1996, de protecció del menor. A l'article 13 es regula l'obligatorietat de tots els ciutadans, quan tinguin indicis que s'està produint una situació de risc o

de possible desemparament d'un menor a comunicar-ho a l'autoritat competent. Així mateix, si es tracta de comportaments que poden ser constitutius de delictes o de falta, totes les persones –i especialment els professionals que en el desenvolupament de les seves funcions tinguin coneixement de la comissió d'un fet delictiu– tenen l'obligació de posar-ho en coneixement del fiscal, del jutjat de guàrdia o d'un funcionari de la policia, tal com es regula a la Llei d'enjudiciament criminal.

També la Llei 37/1991, de protecció dels menors, regula a l'article 2 l'obligatorietat de posar en coneixement de l'autoritat judicial o de l'organisme competent l'existència de qualsevol maltractament infantil. La persona que incompleixi aquesta obligació pot incorre en una responsabilitat administrativa i també penal.

Cal destacar, en aquest apartat, l'esforç que ha dut a terme en els darrers anys l'Administració per conscienciar els diferents professionals que poden tenir coneixement de l'existència de maltractaments a menors posar-los en coneixement de l'autoritat competent i iniciar, d'aquesta manera, les actuacions corresponents.

Com ja hem explicat en la part que analitza els aspectes civils, de la mostra inicial dels quaranta-un casos únicament es disposa d'informació legal i administrativa en trenta-tres casos. D'aquests, hi ha intervenció per part dels jutjats penals en vint-i-quatre (un 72,7%). Dels vint-i-quatre casos en què sí que hi ha intervenció del jutjat penal, hem de dir que en deu hi ha només una intervenció inicial (una ordre d'ingrés del menor en un centre de la Direcció General d'Atenció a la Infància o l'ofici perquè s'assumeixi la tutela dels menors i una obertura de diligències prèvies).

En catorze dels casos, que correspon al 58,3%, el procés va finalitzar amb una sentència condemnatòria. Les penes imposades van des de dos anys de presó i vint-i-quatre arrestaments de caps de setmana –la pena més alta– a cinc arrestaments de caps de setmana, la pena més baixa. La pena d'inhabilitació per a l'exercici de la pàtria potestat es va imposar en quatre dels casos (en un es va anul·lar posteriorment per part de l'Audiència) i únicament en tres sentències es va determinar una responsabilitat civil que oscil·lava entre les 200.000 pessetes i els 5 milions.

En l'anàlisi feta sorprèn que en situacions tan greus com les que s'han analitzat en el present estudi (no oblidem que s'analitza una mostra de menors de quatre anys que van patir greus lesions i maltractaments, en alguns supòsits lesions múltiples i amb risc molt clar de mort que podien interferir de forma molt greu en el desenvolupament evolutiu posterior dels menors), la resposta donada des de l'àmbit de la justícia penal sigui tan reduïda, possiblement ateses les dificultats que es troben en considerar provada l'autoria dels acusats en relació amb els delictes denunciats.

Conclusions

1. En tots els casos estudiats, el procés d'intervenció de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència ha finalitzat amb la declaració de desemparament del menor.
2. Així mateix, és molt freqüent que els pares dels menors presentin oposició davant dels jutjats de primera instància per desacord amb la decisió de l'Administració. Per tant, hi ha una actitud dels pares de no reconeixement de la situació de maltractament i una voluntat de continuar mantenint la potestat dels seus fills. La resposta judicial, però, va fallar majoritàriament a favor de l'Administració.

3. Cal destacar que en aquest procés l'estudi diagnòstic elaborat pels centres d'acolliment ha estat un document molt important per a l'obtenció de dades sobre aquests comportaments.
4. De les actuacions dutes a terme per l'Administració amb posterioritat a l'estudi-diagnòstic del menor en el centre d'acolliment, es constata que en la major part dels casos no ha estat possible el retorn dels menors al seu domicili familiar. Per tant, la situació de risc estava latent en el temps.
5. En relació amb les conseqüències penals pel que fa als maltractaments, hi ha una manca d'informació important sobre la tramitació de l'expedient judicial. Per tant, cal fer més incidència en la necessitat que des de l'Administració es faci un seguiment del procediment esmentat.
6. Dels expedients que s'han pogut analitzar, en més de la meitat la sentència va ser condemnatòria i els autors dels maltractaments eren el pare i la mare. Així mateix, la pena d'inhabilitació per exercir la potestat i la declaració de responsabilitat civil es va acordar en les sentències de forma quasi simbòlica.

Bibliografia legislativa bàsica

Llei d'enjudiciament criminal, de 14 de setembre de 1882.

Constitució espanyola, 1978 (BOE núm. 311, de 29 de desembre).

Estatut d'Autonomia de Catalunya, 1978 (BOE núm. 306, de 22 de desembre de 1979).

Llei 21/1987, d'11 de novembre, de modificació de determinats articles del Codi civil i de la Llei d'enjudiciament civil en matèria d'adopció (BOE núm. 275).

Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets del Nen, de 20 de novembre de 1989, ratificada per l'Instrument de 30 de novembre de 1990 (BOE núm. 313, de 31 de desembre de 1990).

Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i sobre l'adopció (DOGC núm. 1542) i Reglament de protecció de menors desemparats.

Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi penal (BOE núm. 281, de 24 de novembre; rect. BOE núm. 54, de 2 de març de 1996).

Llei 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i protecció de la infància i l'adolescència i de modificació de la Llei 37/1991, de protecció dels menors (DOGC núm. 2083).

Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor, de modificació parcial del Codi civil i de la Llei d'enjudiciament civil (BOE núm. 15, de 17 de gener).

Resolució del Parlament Europeu, de 19 de setembre 1996, sobre els menors víctimes de violència.

Llei orgànica 14/1999, de 9 de juny. Modificació del Codi penal de 1995, en matèria de protecció a les víctimes de maltractaments i de la Llei d'enjudiciament criminal (BOE núm.138, de 10 de juny).

Llei orgànica 1/2000, de 7 de gener, d'enjudiciament civil.

Llei 8/2002, de 27 de maig, de modificació de la Llei 37/1991, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció.

CONCLUSIONS. INDICADORS DIAGNÒSTICS DE RISC I RECOMANACIONS

De l'anàlisi exhaustiva de la mostra de nens maltractats objecte d'aquest estudi, podem extraure, com a prioritàries, les conclusions següents:

Queda demostrada la gravetat del risc i dels maltractaments patits pels infants objecte d'aquest estudi per les raons següents:

- En tots els casos es va decretar inicialment el desemparament del menor i l'assumpció de la seva tutela per part de la DGAIA.
- En tots els casos, els diagnòstics posteriors fets pels centres d'acolliment van ratificar aquest desemparament inicial, com també la tutela.
- En tots els casos el diagnòstic mèdic final ha ratificat que les lesions dels infants van ser produïdes per cops físics, no accidentals.
- Cap infant va presentar lesions similars a les que varen motivar el seu ingrés, un cop va ser separat de la família i ingressat al centre d'acolliment.

A continuació exposem els indicadors de risc més rellevants que s'han detectat a partir d'aquest estudi, i que els professionals que atenguin la petita infància han de tenir en compte per actuar preventivament i fer-ne una detecció temprana.

Cada indicador té valor específic en si mateix i ha de posar en alerta el professional. Sempre que es detecti la presència d'aquests indicadors caldrà actuar amb diligència per a esbrinar en quina mesura caldrà protegir l'infant.

En l'exposició d'aquests indicadors se segueix una estratègia concèntrica, que té el seu centre en l'infant i que s'estén successivament vers l'exterior: el nucli parental bàsic (progenitors, figures parentals), la família extensa, fins a altres professionals que hagin intervingut en l'atenció al nucli familiar en crisi. Aquest és l'ordre de valoració que se segueix en el procés diagnòstic que s'enceta davant d'una sospita de

maltractaments, tant és detectada en els centres hospitalaris com en les àrees bàsiques de salut, les guarderies o en el mateix centre d'acolliment.

Hi ha, doncs, indicadors que pertanyen a diferents àmbits. Uns es poden apreciar en la primera exploració de l'infant, uns altres en les visites posteriors i en les entrevistes que es mantenen amb els progenitors o altres familiars al llarg del procés. La forma en què es combinen aquests indicadors, tots ells greus, marcarà la urgència del cas i alertarà del risc que corre l'infant. Aquests factors de risc s'han de combinar, òbviament, amb els aspectes preservats i els indicadors de capacitats de recuperació del nucli familiar que puguin aparèixer durant el diagnòstic i que han de ser explorats amb molta cura.

Indicadors

1. Pel que fa a l'infant

Cal parar atenció a diferents àmbits: presència d'algun dany físic, presència d'aspectes involutius, manifestacions de patiment psíquic i evolució positiva davant l'allunyament del nucli familiar.

- a) Presències d'una lesió o de lesions múltiples, inexplicables segons la versió dels pares.
- b) Lesions repetitives al llarg del temps.
- c) Lesions en òrgans vitals que posen en perill la salut del nen, a curt i a llarg termini.
- d) Noves lesions en el context hospitalari, tan sols quan l'infant està sol amb els pares.
- e) Retard del desenvolupament que coexisteix amb conductes d'inhibició i presència de dolor psíquic.
- f) Presència abundant de símptomes d'introversió, indicatius de depressió:
 - tristesa, manca de somriure,
 - evitació del contacte personal,
 - rebuig als pares,
 - manca d'expressivitat facial i gestual,
 - resposta apagada als estímuls,
 - manca de plor i absència de queixes davant del dolor,
 - manca de conductes de joc,
 - balanceig.
- g) Millores física i psíquica del nen un cop ingressat a l'hospital o al centre d'acolliment.

2. Pel que fa al nucli parental (pares o figures parentals de l'infant)

Hi ha diferents àmbits de conductes que cal prendre en consideració: el desig i la capacitat de protecció vers els fills i filles, les indicacions de psicopatologia, la qualitat de la relació de parella i la conducta específica davant els maltractaments.

2.1. Desig i capacitat de protecció

- a) Incapacitat d'acceptació i accions de rebuig a la maternitat.
- b) No acceptació d'un embaràs.
- c) Manca de control o control tardà de l'embaràs.
- d) Maltractaments prenatals.
- e) Manca de seguiment de les indicacions dels metges i altres professionals.

2.2. Indicadors de psicopatologia

- a) Consum de tòxics, amb una menció especial al consum d'alcohol.
- b) Alteracions adaptatives i de salut mental.
- c) Violència intra i extrafamiliar, amb una menció especial als maltractaments a la mare embarassada.
- d) Manifestació de coneixements i termes mèdics especialitzats, no explicables pel nivell de formació cultural i de l'entorn social dels maltractadors.

2.3. Qualitat de la relació de parella

- a) Relacions inestables, conflictives, violentes entre la parella.
- b) Trencaments de parella successius i tendència a la repetició en l'establiment de relacions conflictives.
- c) Incapacitat de protegir l'infant en situació de violència familiar.

2.4. Conductes específiques davant dels maltractaments

- a) Demora en demanar assistència mèdica.
- b) Relat incoherent en relació amb el mecanisme de producció de les lesions.
- c) Negació radical que les lesions són conseqüència dels maltractaments.
- d) Incapacitat per connectar amb el patiment i el dolor de l'infant.
- e) Manca de preocupació per les seqüeles dels maltractaments.
- f) Manca de consciència del trastorn en els maltractadors i, en conseqüència, manca de demanda o rebuig d'ajut professional.
- g) Consultes múltiples dels pares als hospitals i visites a urgències, evitant retrobar un mateix professional mèdic i ser atès per ell.

3. Pel que fa a la família extensa

Destaquen indicadors que fan referència a l'àmbit de relacions i tipologies de vincles familiars, i a la capacitat de protecció vers els infants, i conductes de manca d'adaptació.

- a) Relacions dels progenitors amb els seus nuclis familiars d'origen molt conflictives, marcades per la fredor, el distanciament o la violència.
- b) Relacions conflictives de la mare amb la seva pròpia mare, la qual cosa porta a la manca d'interiorització d'un rol matern suficientment sa. Aquesta manca d'interiorització de rol matern no afavoreix un tracte i un creixement adients dels fills i filles.
- c) Presència de maltractaments previs en la família extensa: maltractaments físics, psíquics, sexuals, d'abandonament, de mancances afectives diverses.
- d) Inhibició del suport familiar cap als progenitors, per por a les conductes violentes d'un dels membres de la parella.
- e) Antecedents d'alteracions psicopatològiques en la família extensa.
- f) Incapacitat de la família extensa per connectar amb el patiment i el dolor de l'infant.
- g) Inhibició d'accions protectores cap a l'infant per por, per negació dels maltractaments o per desvinculació familiar.

4. Pel que fa a la vivència dels professionals

Entre els professionals que treballen en contextos estressants es produeixen reaccions defensives que poden interferir en la fiabilitat i la validesa de les seves apreciacions diagnòstiques. Per a garantir l'eficàcia de les seves apreciacions s'han de prendre en consideració els indicadors d'alerta següents:

- a) Tendència a minimitzar la gravetat dels maltractaments malgrat l'evidència de les lesions de l'infant i dificultat per reconèixer que el mecanisme de producció de la lesió no és accidental.
- b) Tendència a maximitzar les àrees de personalitat conservades dels maltractadors i a minimitzar els aspectes patològics, per la impossibilitat d'imaginar l'horror d'una realitat inacceptable.
- c) Pors a provocar una reacció en els maltractadors que posi en perill tant la vida del maltractador com la dels professionals.
- d) Crisis d'angoixa o de rebuig, vinculades a la patologia del maltractador.
- e) Desig de fugir d'una realitat molt dura i, per tant, recerca d'elements que justifiquin l'absència de maltractaments, malgrat la seva evidència.
- f) Síntomes propis de la síndrome del *burnout*.

Recomanacions

Atesa la curta edat dels infants, queda clara la necessitat d'una **detecció i d'una intervenció precoces**.

S'ha de ser àgil en la protecció immediata dels nens maltractats, un cop es té constància d'aquests maltractaments.

S'ha de fer pedagogia i divulgació dels indicadors de risc a escoles bressol, pediatres, centres hospitalaris i serveis d'urgències, àrees bàsiques de salut, serveis socials, col·legis professionals, escoles judicials i professionals de la judicatura. **Mai no s'ha de minimitzar cap lesió en un infant, ja que pot implicar un risc de mort.** Aquesta divulgació s'ha de reiterar periòdicament, atesa la mobilitat dels professionals.

S'han de divulgar els indicadors de patiment psíquic d'un infant, que molts cops no prenen una forma de queixa, sinó d'una inhibició greu de la relació i del desenvolupament per evitar l'expressió del dolor.

No s'han de minimitzar les conductes i explicacions incongruents d'uns pares davant les lesions del seu fill. Uns pares que no s'interessen per les seqüeles i el patiment del nen, ens donen l'alerta sobre l'existència dels maltractaments.

Els maltractaments a infants queda clar que estan més vinculats a patologies i a anomalies greus en la dinàmica relacional pares-fills que a aspectes socioeconòmics. Per tant, **es dona en totes les classes socials**.

S'hauria de fer un seguiment molt proper de les mares que han presentat, en major o menor grau, un rebuig a la maternitat, especialment quan això va acompanyat d'alteracions en el nucli familiar bàsic i de manca de contenció en els nuclis més extensos: relacions de parella inestables o violentes, vincles patològics, desvinculació amb els nuclis familiars d'origen, psicopatologia diversa.

S'ha d'aprofitar la funció pedagògica i de divulgació dels mitjans de comunicació, per tal de, tot evitant el sensacionalisme, sensibilitzar la població de la gravetat dels maltractaments a infants i donar, al mateix temps, instruccions bàsiques sobre com actuar.

Tal com s'ha indicat en el capítol d'adaptació psicològica, és capital poder diferenciar quan la conducta dels maltractaments és fruit d'una descompensació episòdica o bé d'una psicopatologia cronificada del nucli familiar, i, per tant, més difícilment reversible. Les propostes finals molts cops depenen d'haver establert adequadament aquesta diferenciació, que pot modificar la vida del nen i la dels seus familiars.

És important que l'Administració doni suport als professionals que treballen en l'àmbit de la protecció a la infància. **Treballar de forma interdisciplinària** (social, mèdica, psicològica, pedagògica, educativa i de suport jurídic) i **la supervisió externa** ajudaran a mantenir la fiabilitat i la validesa de les determinacions preses i contribuiran a la protecció dels equips tècnics.

Un dels objectius de l'estudi al qual no s'ha pogut arribar és el seguiment evolutiu i psicopatològic dels infants maltractats. És certament una mancança, ja que no permet conèixer a llarg termini els efectes dels maltractaments. Hauria estat molt productiu conèixer les capacitats de *resiliència* dels infants vinculades a les seves experiències primerenques i a les accions protectores establertes.

De la mateixa manera que no s'ha de minimitzar el dany físic i psíquic fet als infants, tampoc no es pot banalitzar la mostra sobre la qual s'ha treballat. Sigui quin sigui el nombre de casos d'infants maltractats i la seva proporció sobre el nombre total de nens i nenes de Catalunya, el seu nombre és excessiu.

Cal remarcar la resposta de la psicòloga Núria Almirall, en una entrevista radiofònica en què s'intentava minimitzar el nombre de menors greument maltractats: **Els infants maltractats, són pocs?, són molts?, segur que són massa!**

ANNEX 1
PLANTILLA DEL BUIDATGE
DE LES SÍNTESIS AVALUATIVES

ORGANIGRAMA
FAMILIAR:

NÚM D'IDENTIFICACIÓ: _____ NOM DEL MENOR: _____
 DATA DE NAIXEMENT: _____ EDAT EN EL MOMENT DE LA DETECCIÓ: _____
 LLOC DE NAIXEMENT: _____ DOMICILI FAMILIAR: _____
 CENTRE D'ACOLLIMENT: _____

HISTÒRIA DELS MALTRACTAMENTS

QUI FA LA DENÚNCIA? (persona o institució)

MOTIU DE LA DENÚNCIA:

INDICADORS DEL MALTRACTAMENT: *lesió actual*

- característiques i gravetat de les lesions
- incidents durant l'ingrés: existència de maltractaments
- pares:
 - relat dels fets: credibilitat del relat i coherència entre els informadors
 - demanda d'assistència: immediata, postergada
 - visites a l'hospital: figura, freqüència
 - seguiment de les indicacions dels metges
- infant:
 - característiques emocionals manifestades durant l'hospitalització
 - canvis o indicadors de millora i reparació de símptomes quan torna a casa

ACTE DE COMUNICACIÓ DELS MALTRACTAMENTS:

- reacció i conducta dels pares:
 - es presenten amb l'advocat, fan un escàndol, mostren despreocupació, indignació, amenacen l'equip...

• **DADES SOBRE ELS MALTRACTAMENTS ACTIUS**

– història de les lesions:

NÚM. D'ORDRE	EDAT DE L' INFANT	DATA D'HOSPITALITZACIÓ	DURACIÓ DE L'INGRÉS	SERVEI/HOSPITAL	CARACTERÍSTIQUES I GRAVETAT DE LES LESIONS		
					DIAGNÒSTIC	CARACTERÍSTIQUES	PRONÒSTIC

→ físiques i
psíquiques

→ lesions rares-freqüents
en infants
possibilitat de lesió
accidental-infligida
antiguitat de la lesió

NÚM. D'ORDRE	QUI L'ACOMPANYA A L'HOSPITAL?	INCIDENT				RELAT DE L'INCIDENT	PRESUMPTA MALTRACTADOR
		LLOC DE L'INCIDENT	PERSONES PRESENTS	TEMPS PER ACTUAR	informador →		

→ actuació immediata o postergada

- elements que corroboren la sospita de maltractaments
 - presència d'incidents menors o detecció de lesions anteriors tractades i no tractades, desconegudes pels pares (indiqueu la font d'informació)
 - sospita dels maltractaments al nucli familiar (parella, altres germans)
 - reincidència: visites contínues al pediatra, ingressos hospitalaris múltiples
 - intents de dissimular la reincidència:
 - roda d'hospitals
 - consulta habitual d'urgència
 - nombre de consultes privades o públiques
 - dilació per demanar assistència
 - efectivitat i congruència de l'actuació davant l'accident
 - congruència del relat amb les observacions clíniques
 - discordança entre les versions de les persones que presencien l'incident
 - manca de preocupació davant de les lesions i les seqüeles
 - versió del nen:
 - què verbalitza?, reacció emocional, en quin moment?
 - llenguatge verbal i no verbal

**DADES SOBRE NEGLIGÈNCIA:
CURA DE LES NECESSITATS DE L'INFANT**

INFORMANT

- bàsiques:
 - presència, roba: (li canvien sovint, mal vestit, adequada al temps, neta...)
 - alimentació: (porta l'esmorzar a l'escola, sempre diu que té gana)
 - salut:
 - carència afectiva, manca d'estimulació:
- protecció/educació:
 - Presència física dels pares:
 - el porten i van a buscar-lo a l'escola:
 - figura que se n'encarrega
 - irregularitats: (entrada: absentisme, retards // sortida: oblit, tardances, absència a edats primerenques)
 - se' l'veu molts cops sol pel carrer
 - implicació en l'educació o altres tasques:
 - entrevistes amb el personal (professors, cuidadors):
 - iniciativa de demanda, freqüència
 - supervisió de les tasques escolars/altres: adequada, exigència excessiva, indiferència
 - activitats d'esbarjo:
 - sempre està a casa/el porten a passejar...
 - permís per participar en les activitats extraescolars: excursions, esports

ANTEDECENTS
• INFANT

INFORMANT

① HISTÒRIA CLÍNICA DE L'INFANT

- *PRENATAL*
 - 1a visita mèdica (mesos d'embaràs):
 - freqüència de les visites al pediatra:
 - expectatives:
 - salut materna:
 - incidents:
- *PART*
 - dades mèdiques i incidents:
- *POSTNATAL*
 - salut del nen:
 - freqüència dels controls:
 - vacunes (al dia, en falten...):
 - incidents:

② DESENVOLUPAMENT

- (dades de l'escola o de la guarderia)
- dades evolutives: retards funcionals...
 - dades escolars:
 - hàbits:

INFORMANT

NUCLI FAMILIAR

- temps de festeig:
- vida en parella:
 - estabilitat de la relació:
(*trencaments, abandó de la llar, separacions, reconciliacions*)
 - infidelitats
 - qualitat de la relació:
(*dependent, agressiva, immadura*)
- altres germans, distància entre ells i edat dels pares en néixer.

NÚM. D'ORDRE
DEL FILL

DATA DE
NAIXEMENT

EDAT
MARE / PARE

OBSERVACIONS

• MARE (EDAT: _____)

① DADES RETROSPECTIVES

- ANTECEDENTS EVOLUTIUS/ CAPACITAT INTEL·LECTUAL

- DADES ESCOLARS I NIVELL ASSOLIT:

- HISTÒRIA PERSONAL (des de petita i fins als fets)

- canvis de família
- canvis de residència
- abandó dels estudis
- problemes de comportament
- incidents

② SITUACIÓ ACTUAL I ALTRES DADES

- HABITATGE (mobilitat de la residència):

- NIVELL SOCIOECONÒMIC:

- INGRESSOS:

- LABORAL:

- estabilitat laboral
- responsabilitat
- situació actual

- PROBLEMES PSICOLÒGICS (clínic/subclínic)
(anoteu dades de tests en cas que n'hi hagi):

- ABÚS DE SUBSTÀNCIES:

- INCIDENTS LEGALS:

- ALTRES:

FAMÍLIA MATERNA

- **SOLVÈNCIA ECONÒMICA**
 - DADES SOCIOCULTURALS:
 - SITUACIÓ ECONÒMICA:
 - INGRESSOS:
 - HABITATGE (mobilitat de la residència):
- **DADES SOBRE LA SALUT FAMILIAR**
 - ANTECEDENTS DE MALTRACTAMENTS DINS LA FAMÍLIA:
 - TRASTORNS PSQUIÀTRICS EN LA FAMÍLIA:
 - DINÀMICA RELACIONAL FAMILIAR:
 - amb la mare:
 - amb el pare i la seva família:
- **PERCEPCIÓ/ACTITUD DAVANT LA SITUACIÓ DE MALTRACTAMENTS**
 - CONEIXEMENT/DESCONEIXEMENT DELS MALTRACTAMENTS
 - RESPOSTA DAVANT DELS MALTRACTAMENTS:
 - afectiva: expressió de dolor
 - activa: denúncies, motiu pel qual no es fa
 - DESCRIPCIÓ DE LA PERSONALITAT:
 - de la mare:
 - del pare:
 - OPINIÓ DELS AVIS SOBRE LA CAPACITAT DELS PARES PER TENIR CURA DEL MENOR:
 - de la mare:
 - del pare:
 - DISPOSICIÓ A FER-SE CÀRREC DEL MENOR:
 - OPINIÓ DE L'EQUIP SOBRE LA CAPACITAT DELS AVIS PER CUIDAR-SE'N:

• PARE (EDAT: _____)

① DADES RETROSPECTIVES

- ANTECEDENTS EVOLUTIUS/CAPACITAT INTEL·LECTUAL

- DADES ESCOLARS I NIVELL ASSOLIT:

- HISTÒRIA PERSONAL (des de petit i fins als fets)

- canvis de família
- canvis de residència
- abandó dels estudis
- problemes de comportament
- incidents

② SITUACIÓ ACTUAL I ALTRES DADES

- HABITATGE (mobilitat de la residència):

- NIVELL SOCIOECONÒMIC:

- INGRESSOS:

- LABORAL:

- estabilitat laboral
- responsabilitat
- situació actual

- PROBLEMES PSICOLÒGICS (clínic/subclínic)
(anoteu dades de tests en cas que n'hi hagi):

- ABÚS DE SUBSTÀNCIES:

- INCIDENTS LEGALS:

- ALTRES:

FAMÍLIA PATERNA

- **SOLVÈNCIA ECONÒMICA**
 - DADES SOCIOCULTURALS:
 - SITUACIÓ ECONÒMICA:
 - INGRESSOS:
 - HABITATGE (mobilitat de la residència):
- **DADES SOBRE LA SALUT FAMILIAR**
 - ANTECEDENTS DE MALTRACTAMENT DINS LA FAMÍLIA:
 - TRASTORNS PSIQUIÀTRICS EN LA FAMÍLIA:
 - DINÀMICA RELACIONAL FAMILIAR
 - amb la mare:
 - amb el pare i la seva família:
- **PERCEPCIÓ/ACTITUD DAVANT LA SITUACIÓ DE MALTRACTAMENTS**
 - CONEIXEMENT/DESCONEIXEMENT DELS MALTRACTAMENTS
 - RESPOSTA DAVANT DELS MALTRACTAMENTS:
 - afectiva: expressió de dolor
 - activa: denúncies, motiu pel qual no es fa
 - DESCRIPCIÓ DE LA PERSONALITAT:
 - de la mare:
 - del pare:
 - OPINIÓ DELS AVIS SOBRE LA CAPACITAT DELS PARES PER TENIR CURA DEL MENOR:
 - de la mare:
 - del pare:
 - DISPOSICIÓ A FER-SE CÀRREC DEL MENOR:
 - OPINIÓ DE L'EQUIP SOBRE LA CAPACITAT DELS AVIS PER CUIDAR-SE'N:

ESTADA AL CENTRE

- **OBSERVACIONS DE L'EQUIP EN EL MOMENT DE L'INGRÉS I EVOLUCIÓ DURANT L'ESTADA AL CENTRE:**

	INGRÉS (/ /)	POSTERIORMENT
ASPECTE FÍSIC <ul style="list-style-type: none"> - pes - hipotònia/hipertònia/atròfia muscular - salut, signes de malnutrició - vestimenta 		
HÀBITS I CURA PERSONAL <ul style="list-style-type: none"> - higiene: es renta les dents, es pentina - alimentació: utilitza els coberts, el tovalló - anar a dormir: es posa el pijama 		
DESENVOLUPAMENT COGNITIU Dades en tests de rendiment Avaluació de l'edat de desenvolupament		

POSTERIORMENT	INGRÉS (/ /)	
		<p>COMPORTAMENT/RESP. EMOCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • COND. D'INHIBICIÓ/DÈFICITS Nivell d'afectació de les habilitats d'interacció social i de resposta als estímuls socials i la demanda d'atenció <ul style="list-style-type: none"> - Manca de contacte visual - Passivitat- aïllament - rebuig de contacte - Manca d'expressivitat: facial, corporal - Manca de resposta als estímuls: <i>dolor o malestar, càstig</i> - Plor: contingut - dèbil - absent - Somriure • COND. PER EXCÉS <ul style="list-style-type: none"> - Voracitat/Pica - Autoprotecció - Situació d'alerta continua: <i>hipervigilància</i> - Recerca de provocació - Pors davant situacions quotidianes - Moviments d'autoestimulació: ("rocking" o balanceig) - cerca indiscriminada de contacte físic - autolesions
		<p>VALORACIÓ DE L'EQUIP O EL TUTOR SOBRE L'EVOLUCIÓ</p> <p>Desenvolupament:</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorable ↔ desfavorable - ràpid ↔ lent - global ↔ circumscrit a determinats àmbits (<i>físic, motor, afectiu, nivell de desenvolupament</i>)

- **CONTACTES DELS FAMILIARS AMB L'INFANT**
 - persones que visiten l'infant
 - temps que triguen a fer la primera visita
 - convocatòries fallides
 - regularitat de les visites i trucades: freqüència, demanen major freqüència de visites
 - suspensió de les visites i motiu
 - dinàmica de les visites
- **CONDUCTA I RESPOSTA EMOCIONAL DELS PARES O ALTRES FAMILIARS DAVANT DE L'INFANT**
(fredor, mostres d'estima, no estableixen comunicació, qualitat del contacte visual, crítiques contínues i reprovació de la seva conducta, reacció davant el plor del nen, capacitat per tranquil·litzar-lo, reacció davant d'alguna trastada: càstig excessiu, discussions o baralles entre els pares)
- **CONDUCTA I RESPOSTA EMOCIONAL DE L'INFANT**
(Contacte físic, visual: el busca, l'evita, inhibició, tensió o temor, reacció de pànic, com li afecten en el comportament posterior, dificultat per aconseguir una posició confortable entre el nen i el pare o la mare. Nadons: qualitat del vincle afectiu mare-fill. Indiferència: reacciona igual davant dels pares que dels estranys, no busca la protecció o el consol en els familiars)

• ENTREVISTES ENTRE ELS FAMILIARS I L'EQUIP

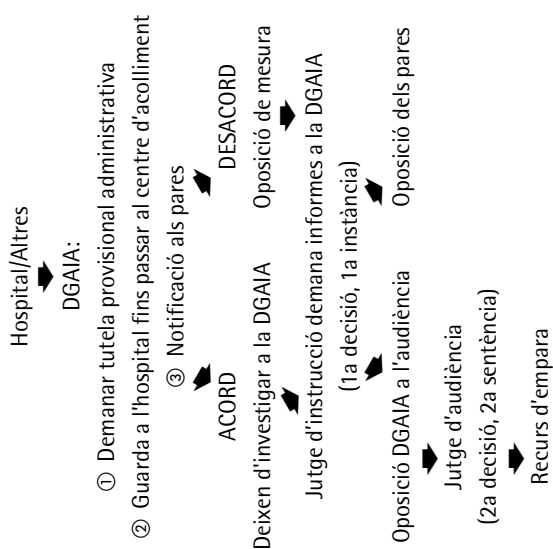
- convocatòries fallides
- reconeixement dels maltractaments davant de l'ingrés, o posteriorment
- IMPRESSIÓ GENERAL DE L'EQUIP SOBRE ELS PARES
 - Dinàmica de la interacció amb l'equip (*col·laboració, manipulació, obstaculització, agressivitat, amenaces, indiferència*)
 - Actitud dels pares vers els maltractaments (*despreocupació, mostra d'interès per l'evolució del nen i les lesions, expressió de dolor*)
 - Trets de personalitat i dinàmica de la família
 - dinàmica familiar/imatge: *pares modelics, discuteixen entre ells, es contradueixen, es desqualifiquen, coalicions i aliances entre els membres de la família*
 - control emocional: *impulsivitat, intents d'un control excessiu dels impulsos, manca de control de la ira, baixa tolerància a la frustració o la tensió, elevada activació fisiològica davant dels problemes*
 - estratègies d'enfrontament: *incapacitat per reduir la tensió de forma adequada: recerca d'al·leujament emocional immediat mitjançant l'evitació o la descàrrega emocional agressiva; incompetència parental: sentiments d'incapacitat per portar a terme el rol de pares, busquen suport i consol en els seus fills*
 - percepció de la realitat: *dificultats d'estructuració i planificació, déficit en la capacitat empàtica i egocentrisme, percepció distorsionada del nen, expectatives irrealistes sobre el nen*
 - pautes educatives: *rigidesa en les pautes, aprovació de l'ús de la violència i el càstig físic en l'educació, disciplina desproporcionada a la naturalesa o a l'edat del nen*

❑ **INCIDÈNCIES DURANT EL PROCÉS JUDICIAL: SOL·LICITUD DE TUTELA**

- REACCIÓ DE L'EQUIP DAVANT LA PROPOSTA DE SOL·LICITUD DE TUTELA
 - Equip hospitalari
 - Equip tècnic
 - Altres serveis
 - Discussions
 - Temps que es triga a arribar a un acord
 - Professionals implicats
 - Causes del desacord
- PROPOSTA DE MESURA
- SITUACIÓ ACTUAL RESPECTE A LA PROPOSTA
- ALTRES ACTUACIONS DELS PARES
 - premsa
 - Defensor del Poble
 - cartes a personalitats
 - altres

DATES

• **ACTUACIONS JUDICIALS: (marqueu el procés seguit)**



ANNEX 2
PLANTILLA DEL QÜESTIONARI
ALS PROFESSIONALS DE CADA
CENTRE D'ACOLLIMENT

ENTREVISTA D'AUTOAVALUACIÓ

Número de referència:

Nom del menor

Data de naixement

Centre d'acolliment

Professional entrevistat

Entrevistador

1. Quina va ser la primera font d'informació sobre el cas?

de **qui i com** va rebre la primera informació?: contacte telefònic, institució de procedència...

2. Quin va ser el primer contacte amb el cas?

què va conèixer abans: l'expedient?, l'infant?, la família?

En quin ordre?

Primera impressió en entrar en contacte amb

Ordre:

l'expedient (què recorda, què va sentir, què va pensar)

el nen (què recorda, què va sentir, què va pensar)

la família (què recorda, què va sentir, què va pensar)

3. Del treball amb els pares del menor, quins aspectes destacaria?

Relat lliure:

- nivell de col·laboració
- aspectes sans o preservats?
- aspectes patològics o malaltissos?
 - perfil de personalitat (com eren els pares del menor?)

pare	
mare	

avis paterns	avi	
	àvia	
avis materns	avi	
	àvia	

altres persones que intervenen	
---	--

- van negar o admetre els maltractaments (evolució, qui va canviar, motiu...)

a l'inici	
al llarg del temps	
canvis més importants esdevinguts	

- compari la primera impressió amb la valoració final

4. Com a professional/tècnic, quins aspectes li van resultar més difícils?

en l'abordatge del cas	
en relació amb els professionals del centre (equip tècnic, director, tutor)	

en relació amb professionals externs (hospitals, jutjats, fiscalia, forces de seguretat, EAIA, escola, pediatra...)	
en relació amb el menor	

5. Amb la distància que dóna el temps, com creu que s'hauria pogut millorar l'estudi diagnòstic d'aquest cas?

6. Quins suggeriments faria ara en relació amb l'atenció individualitzada que s'hauria d'oferir a aquest menor?

7. Con es va sentir davant la proposta que es va fer?

Què en va pensar, de la seva viabilitat?

8. Considera que aquest cas va tenir alguna repercussió, quina?

Per a vostè?

Per a l'equip?

9. Valori de 0 a 10 l'estrès que aquest cas li va comportar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Altres comentaris rellevants relatius al cas:

11. Notes de l'entrevistador: